OPHTHALMOLOGICAL SOCIETY LIBRARY

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 173.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 16 *août* 1865,

PAR L. FLEYS

Élève des hôpitaux de Paris.

ESSAI

SUR

LES SIGNES ET LE DIAGNOSTIC

DES TUMEURS INTRA-ORBITAIRES

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

PARENT, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE.

31, RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 31

1865

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen, M. TARDIEU.

Professeurs.	MM.
Anatomie	JARJAVAY.
Physiologie	LONGET.
Physique médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Pathologie médicale	BÉHIER. MONNERET.
Pathologie chirurgicale	DENONVILLIERS. GOSSELIN.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	PAJOT.
Clinique médicale	BOUILLAUD. PIORRY. GRISOLLE. N. GUILLOT.
Clinique chirurgicale	VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON. JOBERT DE LAMBALLE.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Doyen hon. M. le Baron PAUL DUBOIS. — *Prof. hon.*, MM. CLOQUET et ROSTAN.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
AXENFELD.	DOLBEAU.	HOUEL.	POTAIN.
BLOT.	DUCHAUSSOY.	LABOULBÈNE.	SÉE.
CHARCOT.	EMPIS.	LIEGEOIS.	TARNIER.
CHAUFFARD.	FANO.	LORAIN.	TRÉLAT.
DE SEYNES.	FOUCHER.	LUTZ.	VULPIAN.
DESPLATS.	GUILLEMIN.	PARROT.	
	HÉRARD.		

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. HARDY.
— des maladies des enfants	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses	LASÈGUE.
— d'ophthalmologie	FOLLIN.
— des maladies des voies urinaires	VOILLEMIER.

Chef des travaux anatomiques, M. SAPPEY, agrégé hors cadre.

Examinateurs de la thèse.

MM. LAUGIER, *président;* MONNERET, CHAUFFARD, POTAIN.

M. FORGET, *Secrétaire.*

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A mes maîtres

Digitized by the Internet Archive
in 2014

https://archive.org/details/b21647409

ESSAI

SUR LES SIGNES ET LE DIAGNOSTIC

DES

TUMEURS INTRA-ORBITAIRES

DES TUMEURS DE L'ORBITE

GÉNÉRALITÉS.

On a établi une grande division des tumeurs de l'orbite, division importante, surtout au point de vue du traitement : elle consiste à séparer les tumeurs venues des parties voisines et envahissant l'orbite, dans lequel elles produisent des désordres variables, de celles qui prennent naissance dans cette cavité même. Nous avons limité notre sujet à l'étude de ces dernières. Nous ne devons pas oublier cependant qu'il faudra les distinguer des tumeurs de la première catégorie, ce qui est loin d'être facile dans quelques cas.

Nous rappellerons donc, en quelques lignes, les principaux points où peuvent prendre naissance ces tumeurs extra-orbitaires. Les tissus frontaux et maxillaires, les fosses nasales, le canal nasal, la cavité crânienne donnent naissance à des tumeurs variées, qui, par les progrès de leur développement, peuvent, après avoir fait subir

des altérations variables aux parois de l'orbite, produire des phénomènes analogues aux tumeurs intra-orbitaires. On en a vu qui avaient leur point de départ dans la fosse temporale (Louis, Mackenzie), dans la fosse ptérigo-maxillaire (Velpeau), à la paroi postérieure du pharynx (Gosselin). Enfin, un développement anormal des cellules ethmoïdales peut donner lieu, ainsi que le rapporte M. Demarquay, à une tumeur osseuse qui causera une erreur de diagnostic : cela est arrivé à Brainard (Demarquay).

Une première question se présente donc à l'esprit : la tumeur est-elle limitée à la cavité orbitaire ?

Nous l'avons déjà dit : cette question présentera parfois de grandes difficultés. Dans la plupart des cas cependant, et surtout lorsque la tumeur aura pris naissance dans des points facilement accessibles à l'exploration, il sera possible, en examinant la marche de la maladie et les différents symptômes qui ont précédé les phénomènes propres à l'invasion de la cavité orbitaire par la tumeur, de rapporter celle-ci à son véritable siége. On ne trouvera de sérieuses difficultés, que lorsque le point de départ sera la cavité crânienne, les sinus frontaux ou les cellules ethmoïdales ; encore aura-t-on souvent, dans le premier et le second cas, des signes qui mettront alors sur la voie du diagnostic. Des troubles cérébraux (qui manquent souvent) pour la cavité crânienne, la marche de la maladie lorsque les sinus frontaux sont le point de départ.

Mais, de même que les tumeurs des parties voisines peuvent envahir l'orbite, de même les tumeurs de l'orbite peuvent altérer plus ou moins les parois orbitaires et pénétrer dans les parties voisines. Le cancer de l'orbite, en particulier, altère parfois profondément les os, et amène la dégénérescence des parties voisines ; les kystes, après avoir, par leur marche croissante, perforé les parois orbitaires, se développent dans les sinus frontaux et maxillaires ; le pus des abcès, au lieu de venir proéminer à la partie antérieure de l'orbite, peut fuser dans la cavité crânienne et produire des désordres très-graves ; il peut encore, après avoir exfolié, nécrosé les

parois orbitaires, former des collections dans les parties voisines. Les tumeurs osseuses, et en particulier les ostéophytes, font quelquefois une saillie plus ou moins considérable dans l'orbite et s'implantent dans les parties voisines, par des *racines* si profondes. que l'extraction en présente les plus grandes difficultés. Nous rappellerons, pour en donner une idée, le cas de M. Maisonneuve, dans lequel il s'agit d'une tumeur éburnée, d'une telle dureté que les instruments les plus puissants purent à peine l'attaquer, et se brisèrent sous les efforts du chirurgien. Ce ne fut qu'après l'avoir ébranlée avec un ciseau à froid et le maillet qu'elle put être enlevée; et l'on vit alors une masse osseuse, présentant à sa partie moyenne un étranglement qui servait de limite à la portion implantée et à la portion saillante.

Sans aucun doute, il serait de la plus grande importance de prévoir toutes ces variétés : mais nous n'en voyons guère les moyens et, après l'examen des cas de ce genre que nous avons eus sous les yeux, nous en sommes arrivés à penser que, lorsque le diagnostic de ces variétés n'est pas très-facile, il est impossible. Avant donc de procéder à quelque opération dans le but de guérir ces tumeurs, nous pensons que le chirurgien doit s'attendre à tout, et être d'une grande réserve sur le pronostic, toutes les fois qu'il ne se trouve point en présence de faits très-simples. Nous bornons là ce rapide examen, ayant à y revenir dans le cours de ce travail, à propos de chaque variété de tumeurs.

Examen des symptômes communs aux tumeurs intra-orbitaires.— Si nous passons maintenant aux tumeurs purement intra-orbitaires, nous voyons se présenter à nous des symptômes propres à chaque variété et des symptômes appartenant à toutes indistinctement, ou bien à un certain nombre. Parmi ces symptômes, il en est un qui est presque constant, c'est l'exophthalmos ; un second, très-commun, c'est la douleur ; le plus souvent nous trouverons des troubles variés de la vision et des déviations du globe oculaire. La consistance,

la conformation de la tumeur devront attirer notre attention. La fluctuation, les bruits vasculaires, les pulsations, méritent aussi un sérieux examen.

DE L'EXOPHTHALMOS.

On donne ce nom ou celui d'exorbitisme, à une saillie anormale du globe de l'œil produite par des causes ayant leur siége en dehors du globe lui-même. La saillie de l'œil, due à l'augmentation de quantité des humeurs, a reçu le nom d'hydrophtalmos. On nomme exophthalmie cette saillie due à l'inflammation du globe oculaire. D'après M. Demarquay, l'augmentation dans les diamètres du globe, la couleur bleuâtre de la sclérotique, le déplacement de l'iris, l'abolition de la vision et l'impossibilité de refouler le globe de l'œil feront reconnaître l'hydrophtalmos.

Pour ce qui est de l'exophthalmos, il est loin d'être toujours produit par une tumeur de l'orbite. Voici dans quels cas on peut l'observer :

1° *Paralysie des muscles de l'œil.* — La paralysie de tous les muscles de l'œil existe rarement, dit Bérard ; cependant on l'a observée plusieurs fois. Dans ce cas, le globe est projeté en avant, et sa projection augmenterait lorsque le malade baisse la tête : du reste, la réduction très-facile et l'impossibilité des mouvements de l'œil indiquent la cause de cette projection, à laquelle on a donné le nom d'ophthalmoptosis.

2° *Exophthalmos congénital.* — Chez quelques personnes, les globes oculaires font une saille anormale, parfois très-marquée, qui fait paraître les yeux très-grands et donne à la figure un air d'étonnement bizarre. Nous nous rappelons un de nos condisciples de collége chez lequel cette disposition était très-marquée. Elle existait à un moindre degré chez son frère, et, nous a-t-on dit, chez

d'autres membres de sa famille. Il suffirait, dans des cas semblables, d'interroger le malade pour savoir à quoi s'en tenir sur cet exophthalmos, que nous avons voulu signaler seulement.

3° *Exophthalmos simple.* — Mackenzie décrit assez longuement l'exophthalmos simple. Après une lecture attentive et de sérieuses réflexions, nous avouerons que nous n'avons pas suffisamment compris ce qu'il entend par exophthalmos simple. Quant aux observations de Saint-Yves, sur lesquelles il semble s'appuyer pour faire cette description, elles nous ont paru très-incomplètes pour la plupart et ne point légitimer l'admission de l'exophtalmos simple. Nous pensons que, dans ces derniers cas, le diagnostic de la cause n'aura pas été fait ; et la disparition spontanée, après un temps plus ou moins long ou après un traitement plus ou moins actif, ne suffit pas pour admettre cette variété d'exophthalmos sans cause apparente.

4° *Exophthalmos anémique ou goître exophthalmique.* — Les caractères de cette affection, signalée par divers auteurs, mais étudiée surtout par Graves et Basedow, sont multiples. A l'exophthalmos, qui nous intéresse seulement ici, se joignent l'hypertrophie du corps thyroïde et des symptômes variés du côté de l'appareil circulatoire. Nous ne pouvons entrer ici dans les longs et curieux détails si bien exposés dans les leçons cliniques de M. Trousseau, mais nous dirons cependant quelque chose du symptôme exophthalmos. C'est surtout chez les femmes que s'observe cette affection. Les deux yeux font également saillie ; cependant, dans le cas de l'observation 269 de Mackenzie, l'exophthalmos n'existait qu'à gauche, l'hypertrophie du corps thyroïde, qui, d'après le même auteur, peut ne pas exister dans quelques cas, se rencontrait ici pour confirmer le diagnostic. Chez la sœur de la malade, la même affection s'était manifestée affectant les deux yeux ; ce qui fait admettre à Mackenzie

une certaine disposition constitutionnelle. Même en dehors des symptômes concomitants, l'exophthalmos a un caractère spécial fort bien décrit par le chirurgien anglais : « Les globes oculaires, dit-il, sont tellement saillants que les paupières restent largement ouvertes et permettent de voir, au-dessus de la cornée, une portion considérable de la sclérotique. Cet état imprime à la physionomie un air d'étonnement sauvage. Les globes oculaires semblent quelquefois plus durs au toucher, sans qu'il y ait aucun désordre appréciable à l'intérieur de l'œil. Les mouvements sont en général assez libres, bien que le malade se plaigne d'y éprouver de la roideur, de la plénitude, de la distension et une certaine difficulté à les tourner complétement d'un côté ou de l'autre. Les yeux ne sont pas douloureux, même à la pression ; ils n'offrent, en général, d'autre rougeur que celle occasionnée par quelques vaisseaux qui rampent à la surface. La conjonctive est œdématiée, surtout à la périphérie du globe, les paupières bouffies, l'inférieure, présentant quelquefois des taches noires ou colorées ; elles ne recouvrent qu'incomplétement l'œil, s'il n'est préalablement refoulé en arrière avec la main. » La vision, ordinairement conservée, est parfois légèrement affaiblie.

A quoi tient l'exophthalmos dans ce cas? M. Aran, dans un rapport à l'Académie de médecine (1861), regardait l'affection comme une névrose du grand sympathique, se traduisant par la contraction du muscle orbitaire, que Muller aurait trouvé chez l'homme comme il avait été déjà signalé chez les animaux, et dont l'action serait de porter le globe de l'œil en avant. Basedow, Hastinger et Keben ont trouvé une augmentation du tissu cellulaire de l'orbite. M. Fano a trouvé dans un cas une augmentation considérable de la vascularisation veineuse de l'orbite; M. Richet, l'œdème du tissu cellulo-graisseux, ayant persisté après la disparition de l'anasarque généralisé. Dans le cas de Neumann, il y avait une légère augmentation des diamètres de l'œil (Trousseau, *Cliniques*). Quoi

qu'il en soit de sa nature, cette variété d'exophthalmos se distinguera facilement, par ses caractères et surtout par les symptômes concomitants, de celui qui est dû à une tumeur de l'orbite.

5° *Exophthalmos dû à une violence extérieure.* — Dans ce cas, ou bien il y a luxation de l'œil, c'est-à-dire que celui-ci tient à l'orbite par ses parties essentielles, et peut, après avoir été remis en place, persister dans sa position normale; ou bien, il y a arrachement, et alors on ne peut plus conserver le nom d'exophthalmos à ce phénomène.

6° *Exophthalmos dû à une tumeur de l'orbite ou des parties voisines.* — Et tout d'abord, éliminons cette dernière variété après en avoir dit un mot. Tantôt les parois orbitaires seront envahies par la tumeur, qui vient proéminer dans l'orbite, tantôt ces parois seulement déprimées, la cavité orbitaire sera rétrécie. Le globe oculaire fera dans les deux cas procidence; et suivant le point de départ et le sens dans lequel le poussera la tumeur, il se portera dans des directions variables. Pour reporter l'exophthalmos à sa véritable cause, on se rappellera ce que nous avons déjà dit; le phénomène lui-même servira à éclaircir le doute sur l'existence d'une tumeur dans quelques cas et donnera de la valeur aux autres signes.

Enfin, dans le cas où l'exophtalmos est produit par une tumeur intra-orbitaire, il pourra, d'après sa marche, son mode de production, être un signe diagnostique très-important pour faire reconnaître la nature de la tumeur et sa position. En effet, la production rapide de l'exorbitisme après une contusion indiquera presque à coup sûr un épanchement sanguin ou un emphysème. Si le déplacement est lent et se fait directement en avant, on pourra avoir affaire à un œdème, à une hypertrophie du tissu cellulo-graisseux du fond de l'orbite. Les déplacements obliques, c'est-à-dire en haut ou en bas, à droite ou à gauche, indiquent ordinairement des tumeurs d'une autre nature. Rarement celles-ci donnent lieu à la

procidence directe; car, alors même que leur point de départ est dans le fond de l'orbite, elles tendent à se développer plutôt vers l'une des parois que vers les autres.

Le degré d'exorbitisme est variable : tantôt une légère saillie de l'œil indique seule la présence d'une tumeur; tantôt le globe oculaire, chassé complétement de l'orbite, est projeté vers la tempe, vers la joue, ou vers tout autre point du pourtour orbitaire. Dans quelques cas, il est comme enchâssé sur le point le plus saillant d'une tumeur volumineuse, ce qui constitue une repoussante difformité : c'est ce qui arrive assez souvent dans des tumeurs fongueuses et cancéreuses.

Dans ces différents cas, les paupières sont insuffisantes à recouvrir le globe oculaire. Parfois on a un ectropion qui se joint à l'exophthalmos. Alors surviennent aussi la photophobie, un épiphora, des ulcérations de la cornée et des lésions diverses du globe oculaire.

Tumeurs sans exorbitisme. — Ces cas sont rares. O'Ferral rapporte qu'il a observé un abcès de la partie moyenne de l'orbite sans saillie du globe oculaire. Au reste, la tumeur peut être assez petite ou siéger vers la base de l'orbite et alors ne pas produire de déplacements sensibles.

DOULEUR.

La douleur est loin d'être constante dans les tumeurs intra-orbitaires. Elle a été attribuée à des causes diverses. La nature du produit morbide peut à elle seule en être la cause. La douleur peut alors présenter des caractères importants pour le diagnostic dans certains cas douteux ; tels sont : la douleur pulsative de l'inflammation des tissus de l'orbite, les douleurs ostéocopes qui se manifestent dans certaines exostoses de nature syphilitique. Pour ce qui est de la douleur lancinante du cancer, nous savons combien on en a abusé. Le cancer, d'après M. Demarquay, débute le plus souvent sans douleur; et ce n'est que vers la période de ramollissement et d'ulcération surtout

qu'elle devient vive. Si même l'on pouvait tirer une conclusion absolue d'une seule observation, on pourrait dire que le cancer n'est pas douloureux par lui-même. C'est ce que semble prouver l'observation de M. Gouriet, de Niort (*Gazette médicale*, 1862), dans laquelle, après l'extirpation d'une tumeur cancéreuse avec le globe oculaire, la tumeur se reproduisit deux fois et acquit un très-gros volume en très-peu de temps, sans que le malade en souffrît. Les hystes sont généralement peu douloureux par eux-mêmes; mais, par la compression qu'ils exercent parfois sur les branches de la cinquième paire, ils donnent lieu à des douleurs névralgiques intolérables. Inutile d'ajouter que les tumeurs de toute autre nature peuvent amener le même résultat. Les tumeurs osseuses s'accompagnent ordinairement de douleurs sourdes ou plutôt d'une gêne douloureuse. Nous avons déjà signalé les douleurs ostéocopes des exostoses syphilitiques. D'une manière générale, on peut dire que la douleur est en raison de la rapidité des progrès de la tumeur et non en raison du volume ou du degré d'exorbitisme. Il faut donc ajouter une certaine importance au symptôme, douleur dans le diagnostic des tumeurs de l'orbite.

TROUBLES DE LA VISION.

Ces troubles sont variables et peuvent être rangés sous plusieurs chefs : 1° la vue peut être affaiblie et cet affaiblissement aller jusqu'à l'amaurose; 2° la portée de la vue peut être augmentée ou diminuée, il y a, suivant les cas, presbyopie ou myopie; 3° il peut y avoir des illusions d'optique, telles que diplopie, mouches volantes, etc.

L'affaiblissement ou la perte plus ou moins complète de la vision ne sont point constantes et ne présentent point une relation proportionnelle au volume de la tumeur. Si l'on ne tient point compte du siége, on peut dire de l'affaiblissement de la vue ce que nous avons dit de la douleur : il est en raison de la rapidité de la production plutôt qu'en raison du volume. Dans les cas, en effet, où l'accrois-

sement de la tumeur est rapide, où la compression et le tiraillement du nerf optique se font d'une manière presque subite, la vue est affaiblie et cet affaiblissement arrive jusqu'à l'amaurose complète : c'est ce qui a lieu dans le phlegmon de l'orbite, dans les épanchements sanguins, se produisant rapidement sous l'influence d'un violent traumatisme. C'est ce qui eut lieu dans un cas d'œdème du tissu cellulo-graisseux, rapporté par M. Richet, cas dans lequel l'œil fut chassé fortement en avant dans l'espace de quarante-huit heures; mais dans les tumeurs à marche lente, quelle que soit leur nature et leur volume, dans le cancer, les kystes, les tumeurs osseuses de l'orbite, dans l'œdème chronique du tissu cellulaire de cette cavité, il est commun de voir avec un exophthalmos considérable, avec un déplacement complet du globe oculaire, la vue presque entièrement conservée ou affaiblie légèrement. Il semble, ainsi qu'on l'a déjà dit, que le nerf optique tiraillé d'une manière insensible et par degrés, se prête peu à peu à la distension sans que ses propriétés en éprouvent la moindre atteinte. Il y a là une grande analagie avec ce qui se produit dans la cavité crânienne, où le développement lent d'une tumeur, malgré la compression parfois considérable exercée sur la masse encéphalique, ne se traduit par aucun trouble nerveux, tandis que la plus petite hémorrhagie subite donne lieu à des phénomènes foudroyants.

Dans certains cas cependant, des troubles assez marqués de la vision peuvent coïncider avec la marche lente de la tumeur et son faible volume : c'est lorsqu'elle se développe très-près du nerf optique et que celui-ci est exposé à une compression assez rapide par suite du voisinage même de la tumeur. Aussi devra-t-on tenir compte de cet état, dans les tumeurs à marche lente, et soupçonner alors qu'elles s'étendent vers le sommet de l'orbite ou qu'elles y ont pris naissance.

La myopie et la presbyopie, admises par Bérard, ne sont pas très-communes dans les tumeurs de l'orbite, et qui plus est elles ne sont point reconnues par tous les auteurs. M. Desmarres et

M. Demarquay sont portés à ne pas les admettre. M. Desmarres regarde cette prétendue myopie comme un simple affaiblissement de la vue, car il n'a pu la corriger par l'usage des verres concaves. Quant à la presbyopie, elle est très-rare; admise théoriquement, elle n'aurait été réellement constatée que dans un cas de cancer appartenant à Lenoir. Nous y joindrons un cas rapporté par Bérard (*Annal. d'occul.*, tome XII). Notre expérience personnelle ne nous permet pas de décider une question qui pourrait avoir son importance pour le diagnostic du siége de la tumeur, si, comme on le pense, la myopie est due alors à une compression du globe amenant l'allongement du diamètre antéro-postérieur, tandis que la presbyopie serait due au raccourcissement de ce diamètre.

Quant à la diplopie, elle se rencontre dans bien des cas lorsque l'exophthalmos est indirect, ce qui arrive le plus souvent, ou lorsque les mouvements de l'œil se font d'une manière incomplète. Ce phénomène qu'il est facile de constater n'a pas une grande valeur diagnostique. Nous en dirons autant des mouches volantes et de quelques autres troubles visuels qu'on a rencontrés exceptionnellement.

TROUBLES DE SÉCRÉTION DE LA GLANDE LACRYMALE.

La sécrétion des larmes peut être augmentée, diminuée ou abolie. On a voulu expliquer l'augmentation de la sécrétion par une irritation mécanique de la glande. Quoi qu'il en soit, il n'est pas rare de voir coïncider un épiphora avec l'augmentation de la sécrétion. Sa diminution et sa suppression ont été regardées par Schmidt comme un signe pathognomonique des tumeurs de la glande. Les observations de Todd et O'Beirne contredisent cette opinion.

TROUBLES CIRCULATOIRES.

L'examen des troubles circulatoires de l'orbite, dans les cas de

tumeur, mérite une sérieuse attention ; car ils ont donné lieu à des erreurs de diagnostic fâcheuses. Nous ne craignons pas de le dire : c'est ici surtout que le chirurgien aura besoin d'une grande sagacité et d'une grande attention. Pour éviter l'erreur, il ne devra négliger aucun des caractères fournis par la tumeur, soit dans sa marche, soit dans son aspect.

Tous les troubles circulatoires n'ont cependant pas la même importance ou du moins ne présentent pas une si grande difficulté d'interprétation, telle est l'injection conjonctivale et l'œdème de la conjonctive et des paupières qui résultent le plus souvent d'une compression de la veine ophthalmique. Ces signes ne doivent pas être négligés, ils ont leur valeur.

Mais en dehors de ces phénomènes, on peut rencontrer, dans les cas de tumeurs de l'orbite, des pulsations et des bruits vasculaires variés. Ces pulsations et ces bruits vasculaires sont généralement regardés comme des signes appartenant aux anévrysmes ou aux tumeurs érectiles de l'orbite. Mais de ce que ces signes ont été constatés, faudra-t-il conclure immédiatement à un anévrysme ? Assurément, il y aura de grandes probabilités mais non une certitude absolue. L'erreur de diagnostic de Lenoir qui, trompé par ce signe, prit un cancer pour un anévrysme, celle plus curieuse encore, rapportée par Hulke dans le tome XLIII des *Annales d'oculistique*, dans laquelle on ne trouva, pour expliquer les bruits anormaux, qu'une phlébite de la veine ophthalmique, doivent faire tenir le chirurgien sur ses gardes et l'empêcher de conclure trop rapidement ; car les procédés opératoires employés contre les tumeurs vasculaires de l'orbite sont loin d'être inoffensifs malgré les nombreux succès obtenus. Ayant à revenir sur ce sujet dans le chapitre consacré aux tumeurs vasculaires, nous ne nous y étendrons pas davantage.

DÉFORMATION DE L'ORBITE.

L'orbite peut être agrandi, rétréci ou obstrué plus ou moins complétement.

L'agrandissement de l'orbite par la présence d'une tumeur dans sa cavité n'est pas toujours appréciable ; du reste, nous ne voyons pas l'importance qu'il pourrait y avoir pour le diagnostic à constater cet agrandissement.

Les diamètres de l'orbite peuvent aussi être rétrécis, soit par une tumeur extra-orbitaire, et il pourra en résulter de l'exophthalmos : nous ne reviendrons pas sur ce point déjà signalé ; soit par une tumeur des parois orbitaires, et ici nous rentrons dans notre sujet ; la constatation de la présence d'une tumeur des parois étant faite on n'aura qu'à s'occuper de son siége précis, de sa nature et des moyens d'y remédier.

Mais en dehors de ces faits on peut rencontrer aussi des cas de rétrécissement de l'orbite dus à une hypérostose générale ou partielle des os de la face et du crâne. On a pu voir, dans quelques cas très-rares, les parois orbitaires atteignant 1 centimètre d'épaisseur, la cavité se rétrécir et l'exophthalmos se produire à un degré variable. Il est bon d'être prévenu de pareils faits. Nous pensons que dans ces cas l'examen attentif de la cavité orbitaire, la diminution des diamètres de sa base constatée par la mensuration mettraient sur la voie du diagnostic.

Les autres altérations des parois orbitaires telles que carie, nécrose, exfoliation seront étudiées à propos des tumeurs qui peuvent y donner lieu.

Consistance. Fluctuation. Conformation.

La consistance des orbitocèles varie suivant leur nature, depuis la dureté éburnée des ostéophytes jusqu'à la rénitence des kystes et la

mollesse de l'encéphaloïde ramolli. On comprend toute l'importance qu'on doit attacher à cette consistance, lorsqu'elle peut être appréciée. Mais il en est de ce symptôme comme de tous ceux que nous avons examinés; il peut donner lieu à des causes d'erreur. On rencontre en effet des tumeurs squirrheuses qui ont une consistance osseuse qui a pu faire croire à une exostose.

La fluctuation est fort difficile à constater, même lorsqu'elle devrait légitimement exister, c'est-à-dire dans les cas de tumeurs liquides. Ce n'est guère que lorsque ces tumeurs ont un certain volume qu'on peut la chercher avec fruit. Ici plus que partout ailleurs il faut aussi se défier d'une fluctuation apparente. Aussi pensons-nous que sur la présence de ce signe, il ne faudrait point établir un diagnostic. Nous en exceptons les cas où une phlegmasie orbitaire pourrait s'y joindre et faire soupçonner la présence d'une collection de pus.

La conformation extérieure de la tumeur, lorsqu'elle peut être appréciée peut aussi donner d'utiles renseignements : l'aspect bosselé appartient aux tumeurs cancéreuses. Les autres variétés de tumeurs sont toujours plus ou moins unies au toucher.

Après ce coup d'œil général, examinons maintenant en particulier chaque variété de tumeur. Pour ne pas être exposé à répéter les mêmes choses nous avons formé des groupes, c'est ainsi que nous passerons successivement en revue les tumeurs inflammatoires, les épanchements et les infiltrations, les tumeurs ayant forme de kystes, les tumeurs osseuses, les tumeurs solides dites malignes, les solides bénignes, les tumeurs vasculaires. Nous signalerons enfin quelques faits exceptionnels. Nous n'avons pas cru devoir décrire à part les tumeurs de la glande lacrymale ; nous ne voyons là qu'une variété de siége. Elles ne donnent pas lieu à des symptômes assez caractérisques pour mériter une description à part. Le diagnostic précis ne nous paraît pas non plus avoir une grande importance ; puisque les mêmes moyens de traitement employés contre les autres tumeurs intraorbitaires leur sont applicables.

Nous dirons d'abord un mot des corps étrangers qui, par leur présence et par les complications qu'ils entraînent, méritent d'être examinés ; tant au point de vue diagnostique, qu'au point de vue de ces complications.

CORPS ÉTRANGERS.

Les corps étrangers, qui pénètrent dans l'orbite et y restent, doivent inspirer de sérieuses craintes. Ces corps étrangers sont introduits quelquefois sans qu'on puisse s'en apercevoir : dans une chute par exemple. Ils sont aussi portés directement dans l'orbite, soit volontairement, soit involontairement ; dans ces cas on peut se douter de leur présence. Mais lorsque ces corps étrangers sont multiples, comme des grains de plomb, ils peuvent ne pas être soupçonnés immédiatement et rester plus ou moins longtemps ignorés ; jusqu'à ce que l'économie faisant un effort pour s'en débarrasser, les poussera vers l'extérieur, ou jusqu'à ce que leur présence, irritant les tissus, y déterminera des accidents inflammatoires. Ils peuvent aussi s'enkyster et rester complétement ignorés ici comme dans les autres parties du corps. On comprend qu'il s'agit alors de corps d'un assez faible volume pour ne pas déterminer un déplacement du globe oculaire.

Les premiers effets produits par l'introduction d'un corps étrangers sont : la douleur, quelquefois un épanchement sanguin, le déplacement du globe si le corps est volumineux, puis survient un gonflement marqué des paupières, qui dérobent l'œil à la vue, et quelquefois des accidents inflammatoires. On voit aussi, après l'introduction du corps étranger, survenir, lorsqu'il a pénétré profondément et atteint le nerf optique des troubles de la vision tels que des éclairs, des flammes. Il importe, dans tous les cas, de chercher à connaître la nature du corps étranger, son volume, sa forme, les effets qu'il a produits. On doit, aussitôt que sa présence est reconnue, chercher à l'extraire, si la chose est possible et ne présente pas de graves inconvénients.

Mackenzie (observ. 29), rapporte une observation dans laquelle

il est dit qu'un fer de flèche resta plus de 30 ans dans l'orbite d'un individu sans causer d'accidents. Il fut rejeté spontanément en passant par la narine gauche, le pharynx et la bouche. Des portions de fleurets ont été aussi profondément enfoncées dans l'orbite. Des morceaux de fer, de bois, des fragments de tuyau de pipe, des balles, des grains de plomb, des fragments de verre, etc... Les observations rapportées en si grand nombre par tous les auteurs en sont curieuses et instructives.

Il ne sera guère possible de se tromper, sur la nature d'une tumeur produite par un corps étranger de l'orbite, lorsqu'on aura des renseignements suffisants, et que le corps étranger sera volumineux. Mais, lorsqu'après une chute par exemple, ou après l'introduction de plombs de chasse, ce corps étranger de petit volume se sera fixé dans l'orbite et y sera resté longtemps établi sans manifester sa présence; s'il survient des accidents inflammatoires, on éprouvera la plus grande difficulté à les rapporter à leur véritable cause. Il pourra se faire alors que sous l'influence du traitement le plus rationnel, la phlegmasie continue sa marche et présente de nombreuses récidives qui, dans quelques cas, pourront occasionner la perte de l'œil. Il faut alors, par une interrogation bien faite, chercher à établir s'il n'y a pas lieu de soupçonner la présence du corps étranger. Et si l'on croit devoir l'admettre, faire ce qui est possible pour découvrir sa situation et l'extraire lorsque sa présence aura été constatée.

TUMEURS INFLAMMATOIRES.

A l'exemple de tous les auteurs, nous n'hésitons pas à placer parmi les tumeurs de l'orbite les diverses phlegmasies des tissus de cette cavité; car, soit par elles-mêmes, soit par les lésions consécutives, elles produisent des effets analogues aux tumeurs proprement dites.

Phlegmon de l'orbite.— Le phlegmon de l'orbite se montre parfois

sans cause appréciable ; c'est ce qui eut lieu dans l'observation 1re de Sovet de Beauraing (*Annal. d'occul.*, t. XVIII). Assez souvent il est occasionné par un courant d'air froid ; mais c'est surtout à la suite d'une contusion qu'on le voit survenir. La présence d'un corps étranger, introduit par violence dans l'intérieur de l'orbite, en facilite la production.

Il est dit, dans une observation de Florentin Cunier, que la présence d'un morceau de bois de quelques millimètres de dimensions, occasionna deux récidives ; et ce ne fut qu'après l'extraction du corps étranger que la maladie céda à un traitement convenable. Dans le cas de Verhœghe, d'Ostende, un fragment de tuyau de pipe, qui entretenait l'inflammation, finit par amener la fonte de l'œil et la perforation de l'unguis (*Annales d'occul.*, t. XII).

L'extraction d'une molaire sembla, dans la deuxième observation de Sovet, être la cause déterminante du phlegmon. Enfin, on l'a vu survenir dans le cours d'affections graves : fièvre typhoïde, variole, etc. Nous avons eu l'occasion d'en voir un cas survenu au déclin de cette maladie chez une femme du service de M. Vernois.

Parfois annoncée par un frisson, (Sovet, obs. 1re.), la maladie débute par une sensation de chaleur et de douleur dans l'orbite, dont l'intensité s'accroît rapidement, et qui s'étend au front et à la tempe. Elle a d'abord le caractère névralgique et intermittent (Mackenzie). L'œil commence bientôt à proéminer ; en même temps, les paupières se tuméfient et prennent une rougeur érysipélateuse, des sensations d'éclairs, de mouches volantes troublent d'abord la vision. Cependant, avec l'augmentation de la douleur, qui devient pulsative, se manifeste une vive sensation de tension dans l'orbite, des battements pénibles l'accompagnent ; l'œil proémine de plus en plus, les paupières deviennent insuffisantes pour le recouvrir, la conjonctive s'injecte légèrement, prend une coloration jaune rougâtre, et son infiltration œdémateuse donne lieu à la formation d'un chémosis séreux. La vue, affaiblie d'abord, est

bientôt complétement abolie ; les mouvements, d'abord difficiles et douloureux, deviennent complétement impossibles.

Pendant que ces symptômes locaux suivent leurs cours, la fièvre s'allume et prend, dans quelques cas, un haut degré d'intensité ; elle augmente le soir et s'accompagne parfois de délire, surtout la nuit.

A un certain moment, les symptômes semblent s'amender, quelques frissons surviennent, et l'on voit apparaître, sur un ou plusieurs points des pourtours de l'orbite, une tumeur saillante, régulière, présentant une certaine élasticité ou même une fluctuation assez marquée qui annonce la collection de pus. Celui-ci peut se faire jour spontanément au dehors ou s'échapper, alors que le malade porte la main à la partie malade. Dans l'observation de Florentin Cunier, une quantité de pus, évaluée à un verre à bierre, s'échappa de cette façon. Si cette quantité de pus n'est pas exagérée, ce que nous serions porté à croire, on peut se faire une idée de la saillie énorme de la partie affectée. Dans une observation rapportée par Mackenzie, le pus se fit jour à la partie supérieure du globe de l'œil, à travers la conjonctive, et semblait sortir de la sclérotique.

Le pus évacué spontanément ou à la suite d'une ponction, une rémission des symptômes en est la conséquence, et le malade éprouve un soulagement marqué. Un peu de pus suinte pendant quelques jours à travers l'ouverture, et la guérison peut survenir après quelques jours.

Mais cette terminaison heureuse est la plus rare. L'inflammation du tissu cellulaire de l'orbite est une maladie très-grave qui, trop souvent, donne lieu à une méningite dont l'issue est fatale. Parfois l'inflammation du globe oculaire et sa fonte purulente en est la conséquence. Dans ces cas, la photophobie continue, le délire s'accroît, et la douleur devient plus intense, du pus apparait derrière la cornée qui sulcère, et l'œil se vide (Sovet, 2e observ.). C'est ce qui eut

lieu dans le cas que nous avons observé. Enfin, une conséquence assez commune du phlegmon de l'orbite, c'est l'induration d'une portion du tissu cellulaire et la formation de brides et d'adhérences qui donnent à l'œil une direction vicieuse, d'où un strabisme et de la diplopie.

Dans d'autres cas où la guérison semble parfaite d'une manière apparente, la vue reste plus ou moins faible et parfois complétement perdue dans l'œil correspondant.

Abcès subaigus. — O'Ferral décrit sous ce nom, dans un rapport publié dans le *Dublin hospital Gazette*, et traduit en français (*Annales d'occul.*, t. XII) l'inflammation partielle du tissu cellulaire de l'orbite. Ces abcès se manifestent par une tumeur solide, immobile, de formation récente, douloureuse. La fièvre qui les accompagne, la rougeur de la partie correspondante des paupières, la saillie du globe oculaire, dans quelques cas la fluctuation et l'élasticité d'un point proéminent les caractérisent. Quelquefois, cependant, ils peuvent ne pas proéminer à l'extérieur et ne pas produire d'exophthalmos (O'Ferral. obs. 5). Quoique le diagnostic du phlegmon de l'orbite soit en général facile, nous croyons devoir rapprocher de sa description les maladies inflammatoires qui pourraient le simuler.

Inflammations des enveloppes fibreuses de l'œil.

Dans le mémoire déjà cité, O'Ferral fait ainsi qu'il suit le diagnostic différentiel entre l'inflammation développée dans le tissu cellulaire situé en dehors des enveloppes fibreuses de l'œil et l'inflammation propre à ces enveloppes fibreuses, dont les symptômes généraux sont les mêmes que précédemment.

Dans le premier cas, la rougeur et l'œdème existent, ainsi que nous l'avons dit, sur toute la paupière, mais plus marqués à la portion supérieure ou orbitaire qui est limitée en bas par le pli transversal de la paupière. Il cite à l'appui trois observations.

S'il y a inflammation des enveloppes fibreuses ou du globe, c'est la portion ciliaire qui présente le plus de troubles. (Deux observations à l'appui.)

Il explique ce phénomène par la disposition anatomique des parties.

Ces deux affections peuvent exister conjointement.

L'ostéite et la périostite aiguës ont aussi des symptômes qui se rapprochent des phlegmasies du tissu cellulaire de l'orbite; mais l'exophthalmos n'est jamais aussi prononcée; de plus, dans cette dernière affection, la pression exercée perpendiculairement sur la paroi orbitaire affectée est intolérable; tandis que dans le phlegmon et l'inflammation des enveloppes fibreuses, cette pression n'augmente pas la douleur en ce point. Si l'inflammation du périoste est profonde, il n'est pas facile d'avoir recours à ce moyen : c'est ce qui serait arrivé dans le cas de Horner que nous rapportons.

Ces affections peuvent aussi suppurer et donner lieu à des abcès sous-périostiques causant l'exophthalmos. Elles peuvent exister aussi avec l'inflammation du tissu cellulaire, ou en être la conséquence, lorsque le pus d'un abcès est resté longtemps en contact avec le périoste, faute d'avoir une issue.

Phlegmasies vasculaires de l'orbite.

Ce que nous allons en dire est emprunté à la thèse inaugurale de M. Thibaut (1847.)

Ses conclusions sont le résultat de six observations. La phlébite des veines ophthalmiques a pour caractères la douleur, l'exophthalmie et l'œdème des paupières. La douleur n'a pas de caractère spécial. L'œdème du tissu cellulaire apparaît en même temps que la douleur et amène l'exophthalmos sans perte de la vision; ce qui la distingue de l'exophthalmos, suite de phlegmasies du tissu cellulaire. Cet œdème débute par la conjonctive et les paupières, c'est-à-dire vers l'extrémité des ramifications de la veine ophthalmique. Les pau-

pières sont tendues, lisses, blanchâtres, transparentes et de volume proportionnel à la sérosité épanchée.

Dans la phlegmasie du tissu cellulaire, au contraire, les paupières sont rouges, douloureuses, tuméfiées comme dans l'érysipèle (Mackenzie). Nous ignorons la valeur de ce signe; nous ajouterons cependant que, dans un cas cité par M. Thibaut, il a servi à porter un diagnostic exact. S'il s'agit d'une phlegmasie artérielle, le diagnostic présente encore plus d'obscurité. Dans un cas, cependant, où cette affection existait conjointement avec un anévrysme, M. Thibaut aurait entendu un bruit de râpe très-marqué diminuant à mesure qu'on s'éloignait de l'orbite.

Abcès de l'orbite.

Après l'étude des phlegmasies de cette cavité, l'étude des abcès trouve naturellement sa place.

On peut rencontrer dans l'orbite toutes les variétés d'abcès; nous avons parlé des abcès aigus, nous n'y reviendrons pas.

On y observe des abcès froids ou par congestion qui succèdent à des lésions diverses des os ou des parties voisines. Des abcès métastatiques y ont été trouvés, et, quoique ces faits soient très-rares, nous croyons, à l'exemple de M. Demarquay, qu'ils doivent être admis. Des faits en ont été rapportés par Fizeau, Canstatt, Eisenn et Haneranck. Enfin, d'après Carron du Villards, des collections de pus se développeraient parfois à la suite du typhus, de la fièvre jaune et de la peste d'Orient. Ces abcès de l'orbite affectent les formes les plus variées; ils sont souvent sous-périostiques lorsqu'ils succèdent à l'ostéite ou à la périostite. Les abcès métastatiques sont multiples, disséminés, et se montrent dans le tissu cellulaire ou les muscles; ils se développent sourdement et sans douleur.

Le pus présente des qualités variables, suivant la cause, ainsi qu'en tout autre point de l'économie. Le globe de l'œil est rarement altéré, mais son inflammation est, dans ce cas, très-grave (Demarquay);

quelquefois les muscles sont atteints par le travail de suppuration, les os peuvent être exfoliés, cariés, nécrosés, et à leur tour entretenir la suppuration.

M. Velpeau a vu dans quelques cas d'abcès aigus le pus, au lieu de se porter vers l'extérieur, fuser dans la cavité crânienne par la fente sphénoïdale et occasionner de graves désordres. Le plus souvent l'abcès fait saillie à l'angle interne, d'après Ribéri; à l'angle externe, d'après M. Velpeau. Les abcès chauds ont une marche plus rapide que les abcès par congestion. La position des abcès froids peut parfois fournir des indices sur la nature de l'altération qui les a produits. Nous en dirons autant de la qualité du pus : la présence dans celui-ci de parcelles osseuses, par exemple, indiquerait une lésion des os. Leur marche est assez lente, ils se manifestent par la présence d'une tumeur ordinairement vers les angles de l'œil; cette tumeur est moins rénitente que celle formée par un abcès chaud, et elle acquiert moins vite un aussi grand développement. Du reste, elle n'est point immédiatement précédée d'accidents inflammatoires, et, quand ils succèdent à une inflammation du périoste ou des os, ce n'est qu'à une époque assez éloignée des accidents inflammatoires qu'on les voit survenir. Ils ont de la tendance à devenir fistuleux; c'est surtout après eux qu'on voit parfois survenir la destruction des os et le passage du pus dans les cavités voisines. Nous n'avons pas besoin d'ajouter que c'est dans ces cavités voisines que le pus se forme dans quelques cas, et qu'alors il ne passe que consécutivement dans l'orbite. On a vu alors antérieurement les symptômes propres aux diverses affections qui ont pu précéder la formation du pus.

PHLEGMON CHRONIQUE.

La phlegmasie chronique du tissu cellulaire de l'orbite succède le plus souvent à la phlegmasie aiguë ou subaiguë. Du reste, cette affection est rare et a pu donner lieu à des erreurs de diagnostic. C'est

ce qui eut lieu dans le cas bien connu du maréchal comte Radetzki, qui fut longtemps traité, pour un cancer de la cavité orbitaire, par deux médecins homœopathes. Jæger, quoique dans le doute, semblait aussi croire à une affection cancéreuse. Enfin, au bout d'un temps assez long, la sortie spontanée du pus vint délivrer le malade de sa cruelle maladie et des dilutions homœopathiques. Nous pensons que c'est d'une phlegmasie chronique qu'était atteint aussi le malade de M. Lecacheur, dont nous parlons dans le paragraphe consacré à l'épanchement sanguin.

ÉPANCHEMENTS, INFILTRATIONS.

Épanchements sanguins. — Les épanchements sanguins de l'orbite peuvent être spontanés. Carron du Villars en a observé un cas dans une épidémie de scorbut. Van Graefe en rapporte aussi des exemples dans les *Archives d'ophtalmologie allemandes;* mais ces faits sont regardés comme douteux par les auteurs du *Compendium de chirurgie.* Le plus ordinairement ils surviennent après une contusion violente, dans quelques cas de fracture du crâne, qu'il s'y joigne ou non une fracture de la paroi orbitaire. Les blessures des parties molles de l'orbite peuvent avoir le même résultat; et c'est surtout dans les plaies par instruments piquants ou contondants, que ces épanchements se font avec facilité et amènent rapidement l'exorbitisme. Enfin les manœuvres de l'accouchement par le forceps ont pu donner lieu au même accident, ainsi que le rapporte Redemans, de Bruxelles, dans les *Annales d'oculistique,* t. XVII.

Les épanchements de sang dans l'orbite se produisent rapidement; mais ils n'atteignent pas immédiatement leur complet développement. Ils s'accompagnent fréquemment d'ecchymose sous-conjonctivale, et parfois d'ecchymose palpébrale; celle-ci, lorsqu'elle n'est pas le résultat direct du traumatisme, serait un signe caractéristique d'une fracture de l'orbite (Velpeau). La résorption de ces épanchements est lente; et lorsqu'ils sont considérables, ils

peuvent donner lieu à des accidents graves. La perte de l'œil en fut la conséquence, dans le cas de Redemans.

L'observation de M. Lecacheur, de Saint-Malo, rapportée par M. Demarquay et considérée par lui comme un fait d'épanchement sanguin, laisse, malgré son autorité, du doute dans notre esprit. Nous sommes porté à croire à une phlegmasie chronique du tissu cellulaire plutôt qu'à un épanchement sanguin. En effet, après avoir eu l'œil presque chassé de l'orbite et remis en place, le malade eut des symptômes généraux si graves, qu'il n'avait point conscience de son état dans les vingt premiers jours de la maladie; et, quoique les renseignements sur une phlegmasie de l'orbite développée à cette époque ne soient pas indiqués, on peut fort bien les admettre. De plus, la marche de la maladie, sa durée de près de deux ans et sa disparition après deux mois de traitement par les révulsifs (cautère), les altérants et les résolutifs (iode, préparation mercurielles à l'intérieur et à l'extérieur); tout nous paraît justifier cette manière de voir qui se rapproche, du reste, de celle de M. Lecacheur qui admettait une hypertrophie du tissu cellulaire.

Infiltration séreuse ou œdème du tissu cellulaire. — La première description de l'œdème de l'orbite a été faite par les auteurs du *Compendium*, qui le considèrent comme rare. Nous serions porté à penser qu'il se joint assez souvent à d'autres tumeurs, dont la présence dans l'orbite gêne la circulation veineuse, et qu'alors il existe comme le chémosis ou l'œdème des paupières. En dehors de ces cas; il se joint quelquefois à l'œdème généralisé ou borné à la face. M. Richet l'a vu une fois se développer en quarante-huit heures chez une chlorotique; il causa l'amaurose et il s'accompagna de symptômes d'embarras gastrique. On a donné pour cause de sa production : les maladies du cœur, la chlorose, la scarlatine. Il accompagnait une phlébite de la veine ophthalmique dans l'observation de Hulke (*Ann. d'ocul.*, t. LXIII), enfin, on a constaté l'infiltration du

tissu cellulaire de l'orbite dans quelques cas de goître exophthalmique ainsi que l'avons déjà dit (Richet, déjà cité).

La production est lente, et le fait rapporté par M. Richet est exceptionnel. Suivant qu'il se produit plus ou moins vite, la vue est conservée, affaiblie ou abolie. Les auteurs du *Compendium de chirurgie* rapportent chacune de ces variétés à un tiers des cas. Il s'accompagne ordinairement d'un chémosis bleuâtre et d'infiltration des paupières. Parfois on rencontre une légère injection des voiles palpébraux. La douleur est ordinairement légère ou nulle; mais il y a un sentimentiment de gêne et de tension désagréable : quelquefois un peu de céphalalgie.

D'après M. Datin (thèse de Paris, 1854), on le distinguerait des autres tumeurs aux caractères suivants : l'orbite semble plus rempli, les parties molles semblent déborder autour du globe et former un bourrelet qui soulève les paupières et efface leurs replis; dans aucun cas on ne rencontre de tumeur limitée ou irrégulière dans un point de l'orbite; enfin la cause apparente de l'œdème mettra sur la voie du diagnostic.

Infiltration gazeuse ou emphysème. — Elle résulte d'une infiltration d'air dans le tissu cellulaire de l'orbite à la suite de violences ou de formation de trajets fistuleux. Elle est rarement bornée à l'orbite, elle s'étend sous les téguments du front et des joues. Ces tumeurs présentent, par leur aspect et leurs symptômes, une grande analogie avec les précédentes. Il est cependant facile de les en distinguer; car la palpation et la pression sur la tumeur font éprouver une sensation de frémissement et de crépitation caractéristiques; l'exophtalmos est en partie réductible et alors c'est aux dépens du gonflement des parties voisines que l'œil rentre dans l'orbite. Ces tumeurs peuvent avoir une marche chronique et une très-longue durée, dans les cas où l'existence d'une disposition anatomique anormale en est la cause, comme cela existait chez un malade de M. Desmarres, ou lorsqu'elle coexiste avec des lésions profondes des parties voi-

sines (observ. de MM. Jarjavay, Desmarres). Ordinairement elle cède en quelques jours ou quelques semaines. Nous avons eu l'occasion de voir un malade qui avait reçu des coups violents sur la figure et en portait de nombreuses traces ; il présentait, entre autres, une plaie contuse du nez, transversale et semblable à une coupure, au niveau du bord inférieur des os propres du nez. Lorsque nous le vîmes, il avait les joues et les paupières tellement gonflées et œdématiées que les yeux étaient profondément cachés, l'œil droit était cependant plus facile à voir et semblait légèrement saillant. Au bout de quelques jours le malade fut remis, mais la plaie du nez n'était pas complétement cicatrisée ; le gonflement de la joue et la saillie de l'œil droit persistaient. Il éprouvait aussi une grande gêne à respirer par le nez, par suite de la formation d'un abcès de la cloison. A la palpation de la joue, nous sentîmes une crépitation marquée ; le malade s'était du reste aperçu du phénomène, il lui semblait : « *qu'il y avait du vent.* » J'ouvris l'abcès de la cloison et je lui conseillai de comprimer l'œil et la joue pendant quelques jours avec un bandage. Quelques jours après il revint me voir : l'abcès de la cloison s'était reformé, mais la blessure du nez était complétement guérie et il n'y avait aucune trace d'emphysème.

TUMEURS SOLIDES BÉNIGNES.

Lipomes, hypertrophie du tissu cellulo-graisseux du fond de l'orbite. — Le lipome, qui est une hypertrophie partielle du tissu cellulaire de l'orbite, est excessivement rare ; il siége au pourtour de l'orbite et peut acquérir un volume assez considérable. Dupuytren opéra, en 1829, une malade portant dans l'orbite une tumeur de cette nature, du volume d'un œuf de poule ; la maladie datait de quinze ans ; l'œil était expulsé en dehors et en bas. Ces tumeurs sont molles, mobiles, présentent quelquefois une fausse fluctuation ; leur marche est très-lente, et les téguments sont intacts à la surface de la tumeur lorsque celle-ci fait saillie hors de l'orbite.

Lorsqu'elle est accessible à l'exploration, cette variété de tumeur ne pourra être confondue qu'avec un kyste ou un abcès chronique, mais la ponction exploratrice viendra lever tous les doutes.

L'hypertrophie générale du tissu cellulaire est rare; nous pensons qu'elle a dû être souvent confondue avec le goître exophthalmique, car nous lisons dans l'ouvrage de M. Desmarres : « J'ai fait une remarque curieuse dans un assez grand nombre de cas, c'est que cette maladie est en coïncidence avec un goître assez prononcé » (*Maladies des yeux*, t. 1er).

Quoi qu'il en soit, ces hypertrophies produisent l'exophthalmos direct; on ne perçoit pas au pourtour de l'orbite la sensation d'une tumeur; les mouvements de l'œil sont faciles, quelquefois cependant ils sont limités dans certains sens. N'est-ce pas à une hypertrophie du tissu cellulaire du fond de l'orbite qu'il faudrait attribuer ce que nous avons appelé précédemment *exophthalmos congénital?*

La marche de cette maladie est très-longue, et l'exophthalmos se produit d'une manière insensible, sans douleur et sans gêne de la vision; elle porte assez souvent sur les deux yeux.

Diagnostic. — On ne pourrait la confondre avec la paralysie des muscles de l'œil, la faculté de mouvoir l'œil étant ici abolie. L'œdème a une marche plus rapide et s'accompagne presque toujours d'œdème des paupières et de la conjonctivite. Enfin sa rareté et la lenteur de sa production doivent faire penser à toute autre tumeur lorsqu'on verra survenir un exophthalmos dans un temps assez court.

Hypertrophie de la glande lacrymale. — Outre l'inflammation aiguë du tissu de la glande lacrymale et les diverses dégénérescences dont elle peut être atteinte, on a observé des augmentations de volume de cette glande.

Dans quelques cas, on a cru devoir rapporter cette hypertrophie

à une phlegmasie chronique. On n'observe guère cette variété que dans les premiers temps de la vie; elle semble liée à l'affection scrofuleuse. L'accroissement de volume de la glande s'accompagne parfois d'œdème de la paupière supérieure; il s'y joint une sensation de plénitude, mais non de la douleur; la compression amène l'écoulement d'un flot de larmes; il semble, dans quelques cas, qu'il y ait une prédisposition à la conjonctivite du côté affecté. Todd admet aussi une autre forme d'engorgement scrofuleux de la glande ; la marche en est lente, la tumeur peut rester stationnaire, quelquefois elle prend la forme suppurative chronique. Au toucher, la tumeur est lobulée ; elle existe assez souvent des deux côtés.

D'un autre côté, MM. Laugier et Richelot ont observé une variété d'hypertrophie portant sur les glandules conglomérés : ceux-ci étaient sentis sous la paupière et formaient de petites tumeurs de la forme et de la grosseur de pépins d'orange (Mackenzie).

Tumeurs fibreuses. — Les tumeurs fibreuses de l'orbite ont été observées par plusieurs chirurgiens; elles sont cependant assez rares, et leur structure présente quelques variétés. Parfois elles sont enkystées, et l'extraction en est alors rendue plus facile; ailleurs elles présentent de nombreuses adhérences. Mackensie rapporte une observation du Dr Monteah, dans laquelle la tumeur entourait le nerf optique. Ces tumeurs n'ont pas de signes caractéristiques, et le plus souvent on n'arrivera au diagnostic qu'en procédant par exclusion.

M. Fano rapporte, dans la dernière édition de la *Pathologie chirurgicale* de Vidal (de Cassis), l'observation d'une tumeur ostéo-fibro-cartilagineuse enkystée qui doit être rapportée à cette variété.

TUMEURS ENKYSTÉES.

Kystes et tumeurs enkystées. — Bérard dit n'en avoir rencontré que trois cas sur trois à quatre mille personnes qui allaient tous les

ans à sa clinique ophthalmologique; ce qui semblerait indiquer leur rareté. On a trouvé dans l'orbite toutes les variétés de kystes : séreux, purulents, hydatiques, mélicériques, stéatomateux, dermoïdes; enfin, dans l'observation bien connue de Barnes, on trouva une dent. Quelques-unes de ces variétés sont excessivement rares. Les kystes séreux sont assurément les plus communs; le liquide qu'ils contiennent est tantôt clair et limpide, tantôt coloré en jaune ou en brun, tantôt opalin. Ils se montrent à tous les âges de la vie, et sont parfois congénitaux. Ces derniers ont été décrits par M. Gaillard. (*Union méd.* 1856.) Ils apparaissent au pourtour de l'orbite et presque constamment dans sa partie supérieure; ils siégent au-dessus du releveur de la paupière, s'accroissent avec l'âge, et tendent a se creuser une cavité dans la paroi orbitaire à laquelle ils adhérent. Ils n'augmentent de volume que très-lentement, sans douleur et sans altération sensible de l'œil.

Les autres variétés de kystes peuvent se présenter dans tous les points de l'orbite; mais on les rencontre surtout en avant, à la voûte et au plancher de cette cavité. Quand ils partent des parties profondes, ils ont une tendance à faire saillie en avant. Ils peuvent cependant rester profondément situés. Carron du Villars a vu un kyste du fond de l'orbite affecter la forme d'une cuvette sur laquelle l'œil reposait.

Ils se développent dans la glande lacrymale, dans les mailles du tissu cellulaire, dans les bourses séreuses des muscles droit supérieur et releveur de la paupière (hygroma de l'orbite des auteurs allemands).

Les causes en sont mal connues ; le plus souvent ils semblent se développer spontanément ; on les a vus succéder à une contusion. Peut-être, dans ce dernier cas, sont-ils précédés d'un léger épanchement sanguin qui devient le siége du kyste. Dupuytren en a vu un survenir après une ophthalmie chez un scrofuleux (*Gazette méd.* 1833).

Ils débutent d'une manière sourde et sans occasionner de douleur. Une gêne variable d'intensité, une sensation de corps étran-

ger annoncent leur présence, surtout dans les mouvements de l'œil. Ce n'est que lorsqu'ils croissent rapidement de volume, c'est-à-dire exceptionnellement, qu'ils occasionnent de la douleur. L'exophthalmie est proportionnelle au volume du kyste, presque jamais directe, mais bien oblique, d'où du strabisme et de la diplopie. La vision, affaiblie quelquefois, peut aussi être complétement abolie.

Ils ont en général plus de tendance à se porter vers les parois orbitaires, où ils se creusent une cavité, que vers le globe de l'œil. Quelques faits rares indiquent cependant que celui-ci a pu être désorganisé par la pression. Ils ont aussi de la tendance à se porter vers les cavités voisines. Delpech, de Montpellier, a vu un kyste s'engager par le trou optique dilaté, et se développer dans le crâne, où il occasionna des accidents suivis de mort. La tumeur se présente sous un aspect uni, régulier, arrondi ou ovalaire, offrant une fluctuation plus ou moins sensible, mais le plus souvent difficile à apercevoir. Rarement ils s'accompagnent de lésions du côté des paupières; celles-ci peuvent être distendues, mais conservent leur couleur, à moins d'accidents inflammatoires survenus dans le cours de la maladie. Parfois la conjonctive peut présenter un léger aspect variqueux, qui, dans une observation de Lisfranc, avait la forme de ptérygion. (*Gazette méd.* 1839.)

Bérard (*loc. cit.*) rapporte deux observations : dans l'une, la myopie, dans l'autre, la presbyopie, avaient été la conséquence du développement de ces kystes, et leur position justifiait la théorie dont nous avons déjà parlé, sur l'allongement et le raccourcissement du diamètre antéro-postérieur de l'œil et ses conséquences.

Il peut se faire que la partie accessible au toucher ne fasse soupçonner qu'un kyste de médiocre volume, alors que l'exophthalmos est considérable et la vue sensiblement altérée. Il y a lieu de penser, dans ces cas, que la tumeur s'étend profondément dans l'orbite. On a vu un kyste du plancher de l'orbite présenter une forme multilobée, et tromper à tel point, par cette conformation anormale, que MM. Velpeau, Marjolin, Blandin et Lisfranc crurent à une tu-

meur cancéreuse. Le fait est rapporté par M. Tavignot. Il s'agissait d'un kyste hydatique du plancher de l'orbite se continuant avec une tumeur de même nature vers l'angle externe de l'œil. Le même auteur a vu un paquet cellulo-adipeux placé au devant du kyste en dissimuler la présence. (*Journal des connaissances méd.-chir.*, tome XXXI.)

Enfin les kystes de l'orbite peuvent être compliqués de la présence d'une autre tumeur, de cancer par exemple. Aux faits rapportés par tous les auteurs, de Todd et de Bérard, nous joindrons un fait rapporté par Tavignot (*loc. cit.*). Ici la tumeur coexistante consistait en tissu glandulaire et substance encéphaloïde ramollie.

Dans d'autres cas, le kyste peut se compliquer d'exostose (Gosselin et Denonvilliers).

Diagnostic. — Les kystes seront le plus souvent faciles à reconnaître, lorsqu'ils seront accessibles au toucher et qu'ils présenteront leurs caractères les plus simples. Du reste, une ponction exploratrice pourra venir confirmer le diagnostic ou l'éclaircir dans les cas douteux.

Mais reconnaître la présence d'un kyste et même sa nature ne constitue pas un diagnostic complet; il faut se rendre un compte exact de sa position, de son étendue, et des complications, dans le cas où elles existeraient.

Et d'abord, lorsque le kyste sera profondément situé, on éprouvera les plus grandes difficultés à arriver à la certitude, surtout si la tumeur a un faible volume, car, dans ces cas, une ponction exploratrice présenterait non-seulement des difficultés, mais même du danger, le trocart pouvant s'égarer et blesser des parties importantes. Nous ne connaissons pas d'observation qui légitime ce que nous venons de dire, mais cela nous paraît très-admissible.

Une grande incertitude pèsera aussi sur le diagnostic dans les cas de complication par une autre tumeur. Une ponction exploratrice est pratiquée, du liquide est évacué en quantité variable, et l'œil, au

lieu de reprendre sa place, forme encore une saillie marquée. A-t-on sous la main un kyste multiple ou un kyste compliqué? Assurément le diagnostic exact devra être le plus souvent impossible. Hâtons-nous de dire qu'il ne présente pas une très-grande importance, car, dans les deux cas, c'est aux mêmes moyens de traitement qu'il faudrait avoir recours.

Si le diagnostic exact de ces cas compliqués n'est pas absolument nécessaire, il sera toujours important de connaître la situation du kyste, afin de ménager les parties importantes dans l'emploi de la méthode de traitement à laquelle on aura recours. Si le kyste est vers la base et la voûte de l'orbite, il pourra être situé entre la paroi orbitaire et le releveur de la paupière, ou bien entre le muscle releveur et le globe oculaire. Pour s'assurer de sa position, on appuiera le doigt sur la tumeur, en recommandant au malade de faire effort pour relever la paupière. La présence ou l'absence, la sensation de fibres musculaires se contractant sous le doigt indiquera la situation du kyste.

TUMEURS OSSEUSES.

Exostoses. — Les exostoses peuvent se développer à la suite de violences extérieures (Lucas, *Journal d'Edimbourg*, 1805; Mackenzie, obs. 71). C'est alors à la suite d'un travail inflammatoire préalable quelles se développent (*Comp. de chir.*). Dans d'autres circonstances elles semblent être liées à un état particulier de l'économie; mais, le plus souvent, c'est à la syphilis qu'on doit les rapporter. Enfin, M. Sichel cite un cas où l'exostose semblait être la conséquence d'une périostite chronique. Mackenzie cite une observation, dans laquelle elle survint après l'opération de la fistule lacrymale, et prit naissance dans la gouttière lacrymale.

Ces tumeurs peuvent se montrer dans tous les points de l'orbite. M. Demarquay les regarde comme plus fréquentes en dedans et en bas. Poland (*Arch. opht.*, t. XLIV) dit les avoir rencontrées aussi sou-

vent sur la paroi externe que sur l'interne. D'après les observations que nous avons recueillies, elles seraient très-fréquentes à la paroi supérieure. Le plus souvent elles siégent vers la partie antérieure de l'orbite, exceptionnellement dans les parties profondes.

Le point d'implantation est ordinairement assez large, et, lorsque la tumeur est de nature syphilitique, l'os, sur lequel a lieu l'implantation, peut présenter un gonflement marqué dans une grande étendue (*Annal. d'ocul.*, tome XLIV).

Dans beaucoup de cas, ces tumeurs sont formées d'un tissu très-dur et en quelque sorte éburné. Parfois elles sont creusées de cavités ou même cloisonnées; ailleurs elles présentent une structure laminée ou de la substance cartilagineuse se mêle à de la substance osseuse. Elles atteignent assez souvent un volume considérable. M. Velpeau en a vue une de la grosseur d'un œuf. Sur une pièce du musée des chirurgiens de Londres, les deux orbites sont envahis et remplis par des tumeurs osseuses qui ont gagné les fosses nasales et les sinus maxillaires (Demarquay). Rappelons enfin une pièce du musée Dupuytren : la tumeur se manifesta à l'âge de 4 ans, et, après une durée de 32 ans, acquit un volume égal à la tête. Elle est creusée à l'intérieur de deux cavités, dont la supérieure renfermait une production polypiforme, l'inférieure une substance crétacée, imbibée de matière ichoreuse fétide. Mackenzie rapporte des faits semblables.

Ces tumeurs nuisent surtout par leur masse, et les phénomènes produits varient avec le point d'implantation. Poland a vu une de ces tumeurs, développée chez une femme de 6 pieds qui possédait un système osseux très-puissant. Elle s'implantait à la paroi interne, l'œil était fortement projeté au dehors, immobile; la vue était complétement abolie. Des symptômes cérébraux graves se manifestèrent et la malade mourut dans le coma (*loc. cit.*).

Leur marche est ordinairement lente et elles peuvent rester longtemps stationnaires ; aussi, le plus souvent, les lésions du globe oculaire ne présentent pas une grande intensité et la vision est en par-

tie conservée. Mackenzie rapporte une observation où la séparation de la tumeur fut spontanée. Dans d'autres circonstances elles peuvent disparaître par suppuration et exfoliation, c'est ce qui arrive quelquefois pour les exostoses *cellulaires*.

On a désigné, sous le nom d'ostéophytes, des concrétions osseuses qui naissent dans les points où les os s'articulent entre eux et spécialement dans la région du trou déchiré. Ces tumeurs peuvent acquérir un volume assez considérable pour chasser l'œil de l'orbite. Nous pensons qu'elles ont dû être souvent confondues avec les exostoses; ce qui du reste ne présente pas de grands inconvénients. Cependant, comme ces tumeurs ont ordinairement une très-grande dureté et que leur pédicule d'implantation s'enfonce parfois très-profondément dans les parties voisines il serait bon d'avoir un signe qui pût les faire reconnaître ; car leur extraction présente parfois de grandes difficultés. Nous sommes porté à penser, d'après l'examen des observations que nous avons lues dans les différents auteurs et dans les recueils, que les tumeurs éburnées, à surface irrégulière, mamelonnée, appartiennent à cette variété.

Quant à l'hyperostose ou augmentation d'épaisseur des parois orbitaires nous n'avons pas à nous en occuper, mais il sera utile de la reconnaître. Par suite du rétrécissement de l'orbite qu'elle occasionne elle peut en imposer pour une tumeur osseuse.

Diagnostic. — Présente plusieurs considérations. Il faut d'abord constater la présence de la tumeur et sa nature. Nous connaissons déjà les moyens pour reconnaître la présence d'une tumeur; de plus, toutes les fois quelle sera accessible au toucher, il sera facile de reconnaître sa consistance osseuse ; mais n'oublions pas que des tumeurs squirrheuses peuvent avoir une très-grande dureté. On a conseillé alors l'introduction d'aiguilles à acupuncture qui, pénétrant dans le squirrhe , ne sauraient pénétrer dans la tumeur osseuse.

Mais lorsque la tumeur est profondément située (ce qui, du reste,

se présente plus rarement), il sera très-difficile de se rendre compte de cette consistance. « Dans ce cas, disent MM. Gosselin et Denonvilliers, le diagnostic sera souvent impossible. » Nous nous sommes demandé si les aiguilles à acupuncture ne pourraient pas rendre ici le même service que plus haut en révélant la consistance d'une tumeur profonde. Nous pensons que l'emploi en est aussi légitime que celui du trocart pour les ponctions exploratrices dans les cas de tumeurs molles. On pourrait même employer ce dernier, qui, dans le cas où l'on aurait affaire à un kyste, mettrait ainsi dans la certitude.

Le diagnostic de la cause présente aussi une très-grande importance. Toutes choses égales d'ailleurs, l'exostose syphilitique présente moins de gravité par elle-même que les autres variétés ; car elle cède facilement à un traitement approprié et ne nécessite pas alors une opération sanglante. Aussi faudra-t-il s'enquérir avec soin des antécédents de la malade. Et si l'on a lieu de croire à un manque de confiance de sa part, on devra, malgré ses dénégations, admettre la syphilis. Toutes les fois que la tumeur présentera des douleurs ostéocopes surtout la nuit, il ne faudrait point s'en laisser imposer par des douleurs névralgiques dues à la compression des nerfs de la cinquième paire ; de même lorsque le gonflement des os d'implantation se joindra à la tumeur et que celle-ci ayant une surface unie aura présenté une marche relativement rapide. Dans ces cas, on s'empressera d'administrer les mercuriaux et l'iodure de potassium dont les effets viendront bientôt justifier le diagnostic si la tumeur diminue de volume.

Dans quelques cas on voit un kyste se joindre à l'exostose du rebord orbitaire. La ponction du kyste et la présence derrière ou au-dessus de lui d'une tumeur dure indiquerait cette complication.

Nous avons déjà dit que la présence de nodules à la surface de la tumeur devait faire soupçonner un ostéophyte, du moins lorsque la tumeur semble avoir pris naissance vers le fond de l'orbite.

TUMEURS MALIGNES.

Sous ce titre, déjà employé par Mackenzie et qui ne présage rien sur la nature des affections dont nous allons nous occuper, nous avons rassemblé des tumeurs dont la marche et le mode de développement présentent des analogies; leur extrême gravité et leur tendance à récidiver justifient le nom de *malignes* qui leur a été donné depuis longtemps. Nous allons donc examiner successivement le cancer et ses variétés, le fongus hématode, et l'ostéosarcome.

Tumeurs cancéreuses. — Le plus souvent, dans l'orbite comme dans tous les autres points de l'économie, les tumeurs de nature cancéreuse débutent d'une manière obscure, sans cause connue; dans quelques cas cependant, ce début a pu être rapporté à un traumatisme (observation 290. Mackenzie).

Tantôt elles naissent sur un point très-accessible et sont visibles au début vers l'angle externe ou interne de l'œil (*Mémoires de l'Académie de médecine*, Louis); parfois c'est sous les paupières ou dans les parties profondes qu'elles commencent à paraître.

Le malade s'aperçoit bientôt d'une certaine gêne dans l'œil, augmentant graduellement; mais le plus souvent avec lenteur. La douleur s'y joint rarement.

La tumeur fait cependant des progrès; et, arrivée à un certain volume, elle peut rester quelque temps stationnaire. Suivant le siége qu'elle occupe, l'œil est tantôt projeté directement en avant, ce qui est rare, tantôt à droite, ou à gauche, en haut ou en bas; ainsi qu'il a été dit dans nos généralités. La tumeur, lorsqu'elle apparaît vers la base de l'orbite et qu'elle est accessible au toucher, présente une densité et une conformation des plus variables; elle n'a presque jamais la dureté d'une tumeur osseuse. Mackenzie en cite cependant un cas (obs. 290); mais elle peut présenter depuis une certaine rénitence jusqu'à une fausse fluctuation ayant donné

lieu à des erreurs de diagnostic. Quant à sa conformation, elle peut être des plus bizarres. Pour en donner une idée, nous citerons l'observation de M. Sichel, dans laquelle deux tumeurs, de forme annulaire, s'étaient développées autour de chaque globe oculaire qui semblaient enchatonnés (*Gazette des hôpitaux*, 1853); l'observation, peut-être plus curieuse encore de M. Maisonneuve (*Gazette des hôpitaux*, 2 mars 1841), dans laquelle, après une première extraction suivie de guérison apparente, il y eut reproduction de la tumeur qui se montra à la fois à la partie supérieure et inférieure du globe oculaire. Une nouvelle extraction était résolue, lorsque, huit jours après, la tumeur s'affaissa peu à peu et finit par disparaître spontanément. Le malade se crut guéri; mais, trois mois après, nouveaux symptômes; la tumeur reparut, prit un accroissement rapide en haut et en bas du globe de l'œil, envahit les 4 cinquièmes de la circonférence de l'orbite, passa au-dessous de la paupière inférieure et envahit la fosse canine.

Cette marche anormale donna des doutes sur sa nature. M. Maisonneuve n'en porta pas moins son diagnostic et résolut l'extraction, ayant été témoin d'un cas analogue dans le service de Dupuytren.

Notons enfin la transparence observée par Dupuytren, dans un cas de squirrhe au début; transparence qui fit commettre au grand chirurgien une erreur de diagnostic. Il annonça un kyste contenant du liquide, fit une ponction exploratrice et rien ne sortit par la canule du trois-quarts; une deuxième donna le même résultat. L'extraction fut résolue et exécutée; on reconnut alors une tumeur d'aspect fibreux, lamelleuse, demi-transparente, présentant les caractères du squirrhe au début.

D'une manière générale, on donne pour caractère aux tumeurs cancéreuses un aspect mamelonné, se montrant, sinon au début, du moins à une certaine époque de leur évolution.

La douleur est rare au début et ne se manifeste que lorsque la tumeur, par son volume, exerce des compressions douloureuses.

Ces tumeurs acquièrent parfois un volume vraiment monstrueux.

L'œil se trouve alors situé en dehors de l'orbite sur le sommet de la tumeur; une chose remarquable, c'est que, même dans ces cas extrêmes, l'œil conserve, parfois du moins en partie, ses mouvements, et malgré la distension extraordinaire qu'a subie le nerf optique, la vision altérée n'est pas abolie : c'est ce qu'on voit dans deux observations du Dr Hubseh, de Constantine (*Annal. d'occul.*, tome XXXI, Bruxelles).

Dans la première, il s'agit d'une femme ayant une tumeur cancéreuse, du volume du poing tombant sur la joue: l'œil est rejeté vers la tempe et à 4 lignes au-dessous du niveau naturel, les paupières tendues et écartées ont conservé leurs mouvements, la conjonctive ne présente pas de trace d'inflammation, la cornée est saine, l'iris exécute ses mouvements, et la vision affaiblie est suffisante cependant pour qu'avec cet œil la femme puisse vaquer à ses affaires.

Dans la seconde, il raconte l'histoire d'un juif, qui se montrait pour de l'argent, portant une tumeur monstrueuse; l'œil était totalement hors de l'orbite, la vue conservée. Malgré les conditions favorables que présentait l'extirpation de la tumeur, le malade refusa de se laisser enlever ce triste et singulier moyen d'existence.

Les tumeurs cancéreuses peuvent présenter dans certains cas une fausse fluctuation qui en impose et donne à soupçonner une tumeur liquide : c'est l'encéphaloïde, à la période de ramollissement, qui présente surtout ce caractère; il suffit de le signaler. Plus rarement on rencontre des pulsations qui, lorsque la tumeur est profondément située dans l'orbite et inaccessible à l'exploration, peuvent faire croire à une tumeur vasculaire (Lenoir); aussi doit-on porter la plus grande attention à l'examen de ce symptôme lorsqu'il existe. On trouve dans l'orbite toutes les variétés réunies sous le nom de *cancer*.

Il n'est pas rare de trouver l'encéphaloïde sur une base squir-

rheuse, et, d'après les observations que nous avons consultées, rien n'est plus commun que de trouver l'encéphaloïde infiltré de mélanose; enfin le chloroma est la forme la plus commune de cancer de la glande lacrymale (Mackenzie).

La dégénérescence atteint quelquefois les parties molles de l'orbite, ne respectant que le globe de l'œil qu'elle chasse complétement au dehors; elle peut aussi adhérer plus ou moins fortement au périoste et envahir les os et les parties voisines, les paupières; quoi qu'il en soit, toutes les fois qu'on aura lieu de soupçonner une affection maligne et qu'on aura affaire à une tumeur irrégulière bosselée, dont la consistance se rapprochera de celle du cartilage, on devra songer au squirrhe; une tumeur présentant une consistance moindre devra faire songer à l'encéphaloïde. Ce sont ces deux formes qui sont les plus communes. Lorsque le cancer sera ulcéré, le diagnostic sera simplifié.

Fongus hématode. — On a désigné sous ce nom des tumeurs qui ont un aspect et une marche caractéristiques, et qui sont probablement de nature cancéreuse. « Il se forme, dit Travers, autour du globe de l'œil, une tumeur extraordinaire, globuleuse, dont la cornée occupe le centre; elle fait saillie en avant, écartant et distendant tellement les paupières que celles-ci finissent par l'entourer et par en serrer étroitement la base. J'ai vu des enfants en proie à cette affection; la tumeur est quelquefois bornée à la partie supérieure et frontale de l'orbite; la paupière supérieure est alors allongée et si étroitement tendue sur le globe de l'œil qu'il est difficile, sinon impossible, d'examiner celui-ci. » Nous n'avons point trouvé d'observations qui se rapportent à cette variété; aussi borneronsnous là cette description. Nous ajouterons cependant que ce fongus hématode peut être simulé par le cancer mélané. (Obs., *Gaz. méd.*, 1830.)

Mélanose. — La mélanose de l'orbite ne se manifeste par aucun

symptôme spécial; tantôt elle existe seule, et on peut alors la voir siéger sur d'autres points du corps (Mackenzie, 293). Cette coïncidence se présentait aussi dans le cas de M. Chauveau de Beauchêne, membre de l'Académie de médecine, mort en 1830 à la suite de l'extirpation de l'œil (*Gaz. méd.*, 1830). Elle peut être réunie en masse ou infiltrer le tissu cellulaire de l'orbite et les os; elle se joint aussi à l'encéphaloïde, qui est alors infiltré; elle n'est reconnue le plus souvent qu'après qu'elle est mise à découvert par l'instrument tranchant.

Ostéosarcome. — On s'étonnera peut-être de rencontrer la description de l'ostéosarcome à côté des tumeurs cancéreuses. Ce nom a été donné en effet à des tumeurs de consistance charnue, mais de nature variable. Nous nous empressons donc d'ajouter que nous ne présageons rien sur leur véritable nature, et que, si nous les avons placées dans le paragraphe destiné aux *tumeurs malignes*, c'est que leur marche et leur gravité nous a paru justifier cette classification.

L'ostéosarcome s'implante sur les parois osseuses et semble prendre naissance dans l'os lui-même, qui est en effet altéré et détruit dans les points où siége la tumeur. Celle-ci a une consistance beaucoup plus molle que le tissu cartilagineux, mais inégale; il se présente en effet à sa surface des points plus durs dus à la présence d'aiguilles osseuses. Tantôt son accroissement est lent, et la tumeur débute sourdement, sans douleur, d'où le nom d'*ostéosarcome indolent* que lui donnait Lawrence. Cette variété nous paraît avoir une grande analogie avec l'exostose dite *celluleuse;* nous serions même porté à penser que c'est la même maladie, car, dans les cellules de cette variété d'exostose, on trouve une substance molle dont la nature n'est pas constante.

Le plus souvent l'ostéosarcome marche avec rapidité, atteint bientôt un volume considérable et chasse l'œil de l'orbite. Il envahit facilement les surfaces osseuses et les cavités voisines. M. Cru-

veilhier rapporte une observation dans laquelle la tumeur avait envahi tout un côté de la face (*Anat. pathol.*).

Cette variété de tumeur orbitaire est excessivement grave et occasionne presque fatalement la mort. Dans les trois observations rapportées par Mackenzie et dues à Astley-Cooper, Philip Crampton et Schott, l'extraction de la tumeur fut suivie de mort

TUMEURS VASCULAIRES.

On comprend dans cette classe toute tumeur résultant d'une dilatation ou d'une rupture vasculaire et donnant lieu à des phénomènes caractéristiques, tels que pulsations et bruits anormaux. Ces tumeurs sont les anévrysmes et les tumeurs érectiles. Nous y ajouterons la dilatation variqueuse des veines, qui se rencontre très-rarement dans l'orbite et qui, du reste, ne présente aucune analogie de symptômes avec les premières et ne peut guère être confondue avec elles.

Anévrysmes. — Ce n'est pas sans une certaine défiance de nous-même que nous abordons cette question, qui nous a paru avoir été étudiée plus souvent par analogie que sur l'examen des faits rapportés par les auteurs. Ce qui nous a le plus satisfait sur cette matière, c'est assurément l'étude de M. Demarquay; et si nous ne sommes pas toujours de son avis, nous pouvons dire que c'est le doute qu'il a exprimé sur les opinions déjà existantes qui a amené le nôtre et nous a fait examiner avec soin les observations que nous avons pu recueillir pour nous faire une opinion sur cette importante question.

Nous diviserons les anévrysmes orbitaires en spontanés et traumatiques; les anévrysmes spontanés en anévrysmes proprement dits ou vrais et en anévrysmes mixtes; mais nous n'ajouterons pas une grande importance à cette seconde division, car l'anatomie pathologique peut seule la justifier, les anévrysmes mixtes ayant par-

fois une marche aussi lente et un début aussi insidieux que les anévrysmes vrais (Follin, *Path. ext.*). Nous serons porté à admettre comme mixtes des anévrysmes s'étant produits subitement sous l'influence d'un effort ou de toute autre cause apparente. Les anévrysmes vrais sont assurément les plus rares. Par son faible volume, l'artère ophthalmique est peu prédisposée à acquérir une dilatation assez considérable pour constituer un anévrysme : « On conçoit, dit M. Demarquay, plus facilement une dilatation totale, une varice artérielle qu'une dilatation limitée. » Les deux observations bien connues de Guthrie et de Carron du Villars, celle de Graefe rapportée par Laugenbeck et de Schindler, sont peut-être les seules irréprochables de cette variété d'anévrysmes. Dans ces deux derniers cas, il s'agit d'anévrysmes de l'artère centrale de la rétine existant une fois des deux côtés (Schindler). Le début de ces anévrysmes passe inaperçu ; leur marche est lente, et ce n'est que lorsqu'il commence à s'y développer des battements que le malade s'en aperçoit, Ils peuvent acquérir le volume d'une noix (Guthrie). Il est à supposer cependant que c'est là un fait exceptionnel, et que le plus souvent, avant d'atteindre ce volume, il y aura rupture de la poche et production d'un épanchement plus ou moins grave, ou de ce qu'on a appelé *anévrysme diffus consécutif*, ou bien, ce qui nous paraît plus probable, rupture de la poche ne portant que sur les deux tuniques internes, il se formera un anévrysme mixte externe. Peut-être même qu'un grand nombre d'anévrysmes traumatiques observés ont-ils été consécutifs à une dilatation artérielle. Ces anévrysmes consécutifs se produisent rarement, en effet, relativement au grand nombre de cas de traumatisme observés sur l'œil ou la tempe, et on est bien en droit d'invoquer une prédisposition locale.

Nous appellerons *anévrysmes mixtes spontanés* (et, nous le répétons, nous n'ajoutons qu'une importance médiocre à cette classification, qui demanderait à être justifiée par un examen nécroscopique qui n'a pu être fait), les tumeurs anévrysmales se produisant

spontanément sous l'influence d'un effort, d'une vive emotion morale, d'un état particulier de l'économie, tel que la grossesse (Bowman; *Gaz. hyg.*, 1861). Il est à supposer que dans ces cas la formation de l'anévrysme est précédée soit d'une dilatation artérielle, soit d'une dégénérescence athéromateuse de ses parois. Cette variété est plus commune que la première.

Les anévrysmes traumatiques sont encore les plus communs; c'est à cette classe que se rapportent la plupart des observations de tumeurs pulsatiles rapportées par les auteurs ou consignées dans les recueils divers. Parfois la formation de l'anévrysme a pu être expliquée par une blessure artérielle résultant d'une fracture probable de la paroi orbitaire (Van Buren, de New-York, *Ann. d'ocul.*, t. XLIV). Le plus souvent on n'a eu rien de semblable. C'est après un temps variable, à partir du moment de l'accident, que se sont manifestés les premiers signes d'une tumeur pulsatile, quelques semaines, quelques mois ou davantage après l'accident.

Quel est, dans ces cas, le mode de formation de l'anévrysme? quelle forme affecte-t-il? Nous ne saurions le dire; nous ne connaissons aucune étude anatomo-pathologique sur cette question intéressante, et tout ce qu'on a dit est purement hypothétique.

Symptômes. — A quelque variété qu'appartienne la tumeur anévrysmale, elle donne lieu, lorsqu'elle est développée, à des symptômes communs.

Son début est marqué par de la gêne et des douleurs sourdes dans la tête, surtout lorsque ce début est subit. Il est parfois précédé, dans les cas d'anévrysmes spontanés dus à un effort ou à l'état de grossesse, par une sensation de craquement subite, ou par une douleur assez vive accompagnée de bruit de souffle dans le côté correspondant de la tête (Bowman, *loc. cit*). Des pulsations se font sentir dans l'orbite et sont accompagnées de chaleur, de bourdonnements d'oreille, d'affaiblissement de la vue et quelquefois de vertige. Les efforts, l'inclinaison de la tête en avant et toutes les

causes de congestion céphalique augmentent l'intensité des symptômes.

Peu à peu cependant l'œil fait une saillie plus ou moins marquée, il est soulevé par des mouvements isochrones aux battements du cœur. L'exophthalmos ne tient pas seulement à la tumeur artérielle, mais aussi à la gêne de la circulation veineuse et à l'œdème consécutif. Cet œdème se manifeste à l'extérieur par celui des paupières qui deviennent variqueuses; des varicosités se montrent aussi sur la conjonctive, et parfois un chémosis séreux encadre la cornée. Dans l'observation de Bowman l'ophthalmoscope permit de voir une congestion intense de la choroïde et de la rétine.

On peut aussi, dans quelques cas, sentir à travers la paupière et voir même, à travers celle-ci, des bosselures légèrement livides où se perçoivent des pulsations (Velpeau, Dict. en 30 vol.). Dans ce dernier cas l'exophthalmos est indirect et l'œil dirigé comme toujours du côté opposé à la tumeur. Les bruits qu'on perçoit à l'aide du stéthoscope et que la malade entend souvent très-bien sont, tantôt des bruits de soufflet, tantôt un sifflement insupportable, tantôt un bruit de roue ou un *susurrus;* celui-ci a été considéré comme appartenant plutôt aux tumeurs érectiles. La main, appuyée sur le globe de l'œil, éprouve une sensation de frémissement. La compression est douloureuse, mais permet de refouler en partie la tumeur.

Lorsqu'on comprime l'artère carotide correspondante, ces symptômes s'affaiblissent d'abord et disparaissent si la compression est bien faite. L'œil rentre en partie dans l'orbite, mais non complétement, sans doute à cause de l'œdème du tissu cellulo-graisseux. Dans les cas où la tumeur existe des deux côtés, il pourrait se faire que la compression de la carotide n'eût d'effet que sur la tumeur du côté opposé; mais ce fait anormal, vu par M. Velpeau (*loc. cit.*), est exceptionnel et nous n'en connaissons pas d'autre exemple. Cet appareil de symptômes est très-caractéristique et il semble que la confusion soit impossible. Cependant de graves er-

reurs ont été commises, et, sans revenir au fait de Lenoir, dans lequel une tumeur cancéreuse animée de mouvements pulsatiles isochrones aux mouvements du cœur trompa cet habile chirurgien, nous verrons qu'on peut encore être induit en erreur lorsque nous nous occuperons du diagnostic.

Tumeurs érectiles. — Les tumeurs érectiles en général ont été divisées en artérielles, veineuses et capillaires.

Tumeurs érectiles artérielles. — En parcourant les auteurs qui ont écrit sur les tumeurs érectiles de l'orbite, et en lisant un grand nombre des observations rapportées sous ce titre, on éprouve un grand embarras et l'on se demande, toutes les fois qu'il s'agit d'observations de tumeurs érectiles artérielles, c'est-à-dire de tumeurs donnant lieu aux battements et aux bruits anormaux que présentent les anévrysmes, si l'on a réellement sous les yeux des exemples de tumeurs érectiles artérielles ou si l'on aime mieux des anévrysmes par anastomose. La plupart de ces observations nous ont fort embarrassé, entre autres celle de Travers et celle de Dalrymphe, rapportées par Mackenzie dans son *Traité des maladies des yeux.* Ces tumeurs se sont, dans les deux cas, manifestées rapidement dans le cours de la grossesse et ont acquis un développement rapide en peu de temps. Est-ce ainsi que débutent et que marchent les tumeurs érectiles artérielles dans les autres parties du corps? Non, assurément, si nous nous en rapportons aux descriptions des traités de pathologie et entre autres au plus récent, celui de M. Follin; mais, d'un autre côté, la tumeur, soit par son début, soit par sa marche, soit enfin par ses symptômes, n'a-t-elle pas la plus grande analogie avec ce qu'on a décrit sous le nom de *varices artérielles?*

Nous trouvons aussi dans le tome XXVIII des *Annales d'occulistique* l'observation d'une femme de 59 ans, qui, sans cause apparente, éprouva les symptômes d'une tumeur vasculaire de l'orbite.

L'observation est rapportée sous le titre de *tumeur érectile*, et rien autre chose que des battements et des bourdonnements d'oreille ne justifie ce titre; cela est-il suffisant pour admettre une tumeur érectile? Pourquoi n'admettrait-on pas aussi bien un anévrysme? Enfin, dans d'autres observations, c'est après un traumatisme qu'est survenue la tumeur dite *érectile*. Or, le traumatisme donne lieu assez souvent à des anévrysmes ou à des varices artérielles, mais non à de véritables tumeurs érectiles, c'est-à-dire à ces tumeurs formées de vaisseaux dilatés et souvent anastomosés qui donnent à ce tissu un aspect spongieux.

Est-ce à dire que nous nions complétement l'existence des tumeurs érectiles artérielles de l'orbite? Loin de nous cette idée. Nous les admettons pleinement, mais nous pensons qu'on en a beaucoup abusé et qu'elles sont excessivement rares limitées à cette cavité. Nous ne croyons pas qu'elles aient été constatées par l'autopsie, du moins nous ne l'avons vu nulle part. M. Demarquay rapporte l'observation de Walton et semble dans ce cas admettre une tumeur érectile. Il s'agit d'une petite fille de deux mois, présentant une tumeur de l'orbite avec pulsations peu sensibles, mais bruits de soufflet faciles à percevoir. La ligature de la carotide fut suivie de guérison. Sans doute dans ce cas on peut bien admettre la présence d'une tumeur érectile eu égard à l'âge de l'enfant. Cependant cette observation nous satisferait plus complétement si elle nous disait comment s'est effectuée la naissance, car il se pourrait bien que l'application du forceps ou une délivrance laborieuse fût cause d'anévrysmes au même titre qu'une tout autre violence.

Le doute que nous exprimons sur la fréquence des tumeurs érectiles artérielles a déjà été exprimé par M. Demarquay. Hulke avait, longtemps avant, exprimé la même opinion. Après l'analyse de 21 cas, dont 15 guéris par la ligature de la carotide, il concluait: que le plus grand nombre, par leur mode d'apparition, devaient être rapportés à des anévrysmes et non à des tumeurs érectiles.

Nunnely de Leeds avait fortement insisté sur les mêmes points, dans un rapport à la Société royale de médecine et de chirurgie de Londres, et il considérait comme fort rares les anévrysmes par anastomose.

Tumeurs érectiles veineuses.—Mackenzie, qui semble les admettre par analogie et les réunit aux anévrysmes par anastomose, dit à ce propos : « Il est probable que l'anévrysme par anastomose de l'orbite est tantôt *passif* ou veineux, tantôt *actif* ou artériel, cette dernière forme paraît être la plus fréquente. » D'un autre côté, Bérard, qui, d'après M. Desmarres (*Maladie des yeux*, tom. I, p. 234), aurait eu l'occasion d'observer un grand nombre de tumeurs érectiles, les aurait vues rarement accompagnées de pulsations ou de *susurrus*, ce qui nous fait penser qu'il avait affaire à des tumeurs érectiles veineuses. Nous pensons que les tumeurs dont l'extirpation a été pratiquée par Dupuytren et M. Dieulafoy, de Toulouse, appartenaient à cette variété. Elles se reconnaissent à leur consistance molle, à leur forme mal délimitée; la pression les vide en partie et les affaisse. Assez souvent elles envahissent les paupières et les téguments correspondants. Lorsqu'elles seront accessibles au toucher et à la vue, le diagnostic en sera le plus souvent facile. Elles ne sont pas pulsatiles, du moins par elles-mêmes; mais, lorsqu'elles sont profondes et qu'elles gênent la circulation artérielle, elles peuvent au même titre que les autres tumeurs présenter des pulsations.

Tumeurs variqueuses. — Elles sont très-rares et se montrent rarement d'une manière primitive. Elles sont parfois la conséquence d'une gêne apportée à la circulation de la veine ophthalmique par une autre tumeur. D'après Chelius, elles produiraient rarement la proéminence du globe oculaire; ce qui faisait penser qu'on doit les rencontrer le plus souvent seules et qu'elles acquièrent un faible volume. Dans ces cas elles doivent résulter sans doute d'une gêne apportée à la circulation intra-crânienne. Elles peuvent amener un

œdème du tissu cellulaire de l'orbite et des paupières. On les reconnaît à ce qu'elles n'ont pas de limites précises, à leur couleur et à leur compressibilité lorsqu'elles sont sous-palpébrales. Schmidt a vu un enfant qui portait une tumeur variqueuse d'un demi-pouce de longueur à l'angle externe de l'œil.

Diagnostic des tumeurs vasculaires pulsatiles. — Il sera toujours facile d'éliminer les tumeurs variqueuses et les tumeurs érectiles veineuses puisqu'elles ne possèdent ni pulsations ni bruits de soufflet. Mais d'autres tumeurs, sans doute par suite de leur position dans le voisinage de l'artère ophthalmique dont elles gênent la circulation, peuvent être animées de mouvements isochrones aux battements du cœur. Faudra-t-il donc rester dans le doute? Nous pensons que, si la compression de la carotide correspondante amenait la cessation des pulsations et du bruit de souffle sans modifier sensiblement le volume de la tumeur, il y aurait lieu de croire à toute autre chose qu'un anévrysme. Mais il peut se présenter un fait heureusement plus rare puisque nous n'en connaissons qu'un exemple bien constaté. Le voici : il est rapporté par Hulke dans le tome XLIII des *Annales d'oculistique.*

Une femme de 40 ans reçoit un coup, dans une rixe ; le lendemain elle éprouve à la tempe une vive douleur qui se calme au bout de quelques jours, mais est suivie d'un bruit de sifflement entendu d'abord vers l'occiput puis en avant de l'oreille et de la tempe. Il augmente avec l'accélération des mouvements du cœur. Il a été entendu constamment, par le mari de cette femme, depuis trois semaines après l'accident et pendant un mois avant l'entrée de la malade à l'hôpital. Depuis quinze jours sont survenus l'exophthalmos et la diplopie.

A l'examen, l'œil est rouge et sensible, l'orbite gauche tuméfié, le globe oculaire saillant, la veine angulaire est saillante, dilatée ; un bruit de sifflement s'entend de tous les côtés de la tête et est plus prononcé en avant de l'oreille correspondante. Il est synchrone aux

battements du cœur. Un bruit semblable est perçu dans les vaisseaux du cou jusqu'à la carotide primitive. Des pulsations sont senties par le doigt sur le globe oculaire qui s'élève et s'abaisse. Le stéthoscope donne un bruit très-fort. Point de symptômes cérébraux. La compression de la carotide correspondante suspend les bruits et les battements. Une tumeur anévrysmale est diagnostiquée et la ligature de la carotide résolue et pratiquée par Bowman. Les bruits et les pulsations disparaissent, la tumeur s'affaisse légèrement et la diplopie cesse. Des hémorrhagies ont lieu par la plaie, les bruits apparaissent de nouveau, mais faibles ; l'exophthalmie se reproduit, mais non les pulsations ; la malade succombe aux accidents produits par la ligature.

L'autopsie est faite, et l'on ne trouve pas la moindre dilatation artérielle; mais, au milieu de lésions peu remarquables, on trouve tous les caractères d'une phlébite de la veine ophthalmique, dont les parois sont très-sensiblement épaissies, et renferment un caillot. Voilà sans doute un fait bien propre à jeter du doute dans l'esprit. Lorsqu'on voit survenir les signes d'un anévrysme peu de temps après un traumatisme violent, où seront les caractères distinctifs? Cependant, en examinant le fait avec beaucoup de soin, on voit qu'il ne ressemble pas complétement aux cas les plus ordinaires ; cette dilatation de la veine angulaire et des veines voisines ; ce bruit de sifflement si étendu, et qui indique une gêne considérable dans la circulation artérielle, la rapidité même, et la gravité si subite des symptômes, sont des conditions qu'on ne retrouve pas dans la plupart des autres observations. Aussi, ce fait étant connu, pensons-nous qu'on devrait se tenir sur ses gardes lorsqu'on verrait se reproduire des phénomènes analogues.

Voici enfin une cause d'erreur de diagnostic signalée récemment par M. le professeur Nélaton. Il s'agit, dans les deux cas, d'anévrysmes artérioso-veineux de la carotide interne, à son passage dans le sinus caverneux. Nous ne pouvons rapporter ici ces deux observations pour plusieurs raisons; d'ailleurs, elles ne se rapportent

qu'indirectement à notre sujet. Nous nous contenterons de signaler les caractères particuliers qui ont été observés dans l'un de ces cas, et qui, dans des faits semblables, pourront servir au diagnostic. Nous devons à l'obligeance de notre condisciple M. Fontaine, élève du service de M. Nélaton, les notes qui nous ont servi à écrire ce qui suit :

Dans l'un de ces cas, il s'agit d'une jeune fille sur la tête de laquelle une barrique de vin avait roulé. Nous passons sur les phénomènes qui se manifestèrent après l'accident. Six mois après, exophthalmos considérables, point de trouble de la vue, conservation des mouvements de l'œil, battements perceptibles à la partie supérieure et interne de l'œil, projection de l'œil à chaque battement ; à l'auscultation, bruit de souffle et roulement. Ce souffle est formé d'un temps plus marqué, un temps plus léger et un silence très-court. La tumeur est réductible à la pression et s'affaisse par la compression de la carotide, mais l'œil ne rentre pas dans l'orbite d'une manière notable.

On a là évidemment les symptômes d'une tumeur vasculaire, mais de quelle nature? Le bruit de souffle continu avec renforcement appartient seulement à l'anévrysme artérioso-veineux ou cirsoïde. Seulement cette dernière variété des phénomènes ne se manifeste qu'avec une certaine lenteur, tandis que, d'après les renseignements, ils se sont subitement produits dans ce cas. Mais avait-on sous les yeux un anévrysme artérioso-veineux entre l'artère et la veine ophthalmique ou entre la carotide interne et le sinus? L'absence de vibrations et de frémissement pourrait, d'après M. Nélaton, servir à ce diagnostic. Le frémissement manquerait dans l'anévrysme artérioso-veineux du sinus, soit parce que le sinus a des parois rigides, soit parce que la veine ophthalmique, en passant par un canal fibreux, résistant, ne transmet pas le frémissement.

Nous n'avons pas de détails suffisants sur la seconde observation, qui, d'après ce qu'on nous en a dit, aurait été produite par l'introduction violente d'un bout de parapluie dans l'œil.

Ces deux faits d'anévrysmes artérioso-veineux de la carotide interne dans le sinus ont été constatés par l'autopsie.

APPENDICE.

Nous réunissons sous ce titre quelques faits exceptionnels qui ont été rarement observés, et dont le diagnostic n'est guère possible.

Perineuritis du nerf optique. — Horner rapporte, dans le t. XLIX des *Annales d'oculistique*, l'observation suivante :

Caroline V....., âgée de 15 ans, souffrait depuis 1862 de maux de tête violents et rémittents. Les glandes sous-maxillaires droites étaient engorgées. Dans les premiers jours d'avril, une céphalalgie intense de la région sus-orbitaire apparut pendant trois jours ; survint en même temps la perte de l'usage de l'œil droit. Au bout de ce temps, exophthalmie, pas de fluctuation, mouvements de l'œil difficiles, si ce n'est en dedans. A l'examen ophthalmoscopique, hypermétropie plus prononcée à droite qu'à gauche, papille blanchâtre, opaque, irrégulière ; artères petites, veines dilatées ; les vaisseaux font autour de la papille un léger coude. L'absence complète de douleur, de rougeur et de gonflement des paupières fait seule douter d'une inflammation du tissu graisseux de l'orbite, ou d'une tumeur rétro-bulbaire. Le 23, maux de tête violents, répétés jusqu'au 7 juin. Cependant, tout le mois de mai et de juin il y eut amendement des symptômes. L'exophthalmos diminua, mais non l'amaurose. Le 31 juin, après un travail exécuté malgré la défense faite, symptômes de méningite. Morte du 7 au 8.

A l'autopsie, trou optique droit plus étroit ; son périoste est épaissi, ainsi que celui de la base du sphénoïde ; carie de cet os portant sur les deux ailes et le plancher de la selle turcique. Le tissu cellulaire de l'orbite n'est pas infiltré. Le nerf optique est plus gros et présente, à 6 millimètres du trou sclérotical, un renflement noueux

portant sur les enveloppes du nerf, et présentant 1 millimètre d'épaisseur maximum.

Névromes. — On a aussi rapporté quelques cas de névromes intra-orbitaires, développés soit sur le nerf optique, soit sur les nerfs moteurs. Dans quelques cas ces tumeurs coïncidaient avec des tumeurs semblables développées sur presque tous les nerfs de l'économie. Ils n'ont alors donné lieu qu'à des phénomènes locaux insignifiants; les phénomènes généraux attiraient surtout l'attention. Dans les cas de névromes isolés de l'orbite, les symptômes n'avaient rien de bien caractéristique, des douleurs, des fourmillements, des troubles de la vue. Du reste, ces tumeurs ne paraissent avoir été constatés que par l'autopsie.

Voici, pour terminer, un tableau résumé du diagnostic différentiel des tumeurs intra-orbitaires. Il est bien entendu que ce diagnostic ne pourra pas toujours être fait avec cette précision. Nous avons voulu seulement indiquer les caractères les plus tranchés : ceux qui se montrent dans les cas les plus simples.

Tableau résumé ou diagnostic des tumeurs intra-orbitaires.

TUMEURS INFLAMMATOIRES.

A la présence des signes locaux d'une tumeur intra-orbitaire se joignent des symptômes généraux : état fébrile plus ou moins marqué, ordinairement très-intense, quelquefois accompagné de délire.

Caractères	Diagnostic	OBSERVATIONS ET CAUSES D'ERREUR.
Exophthalmos direct considérable; douleur vive, d'abord névralgique, puis pulsative; paupières d'un rouge érysipélateux, gonflées, tuméfiées; injection conjonctivale, chémosis séreux, dans quelques cas; amblyopie ou amaurose.	Phlegmon aigu.	
Exophthalmos direct ou indirect; symptômes locaux et généraux moins intenses, rougeur des paupières beaucoup plus marquée et plus limitée à la portion orbitaire.	Phlegmon subaigu.	
Exophthalmos direct peu marqué, œdème et rougeur portant surtout sur la portion ciliaire des paupières.	Phlegmasie des enveloppes fibreuses.	
Exophthalmos direct ou oblique, marche moins rapide en général; pression exercée perpendiculairement sur les surfaces osseuses, très-douloureuse.	Ostéite et périostite.	Si la phlegmasie porte sur les parties profondes, le diagnostic présente de grandes difficultés.
Les paupières, au lieu d'être érysipélateuses, sont œdématiées, blanchâtres, transparentes; les veines sont gonflées, distendues, visibles par transparence.	Phlegmasie vasculaire.	La phlébite de la veine ophthalmique a pu, dans un cas, simuler un anévrysme. (Voir *Diagn. des anévr.*)
L'exophthalmos persiste, après des accidents aigus et les signes du phlegmon aigu ou subaigu, avec ou sans suppuration. Les symptômes généraux sont amendés, l'exophthalmos est direct ou indirect.	Phlegmasie chronique et induration phlegmasique	A souvent été cause d'erreurs.

TUMEURS NON INFLAMMATOIRES.

Pas de symptômes généraux, ou bien ceux-ci sont accidentels et survenus après les symptômes locaux d'une tumeur intra-orbitaire.

Caractères	Diagnostic	OBSERVATIONS ET CAUSES D'ERREUR.
Exophthalmos survenu presque subitement à la suite d'un traumatisme; très-souvent ecchymose conjonctivale, parfois ecchymose palpébrale.	Épanchements sanguins.	
Exophthalmos à marche plus ou moins lente. — presque toujours direct. — Se produit très-lentement, sans cause apparente, le plus souvent sans œdème.	Hyp. du tissu cellulo-grais.	Très-rare.
— presque toujours direct. — Production rapide, crépitation, s'étend aux parties voisines.	Tumeur emphisémateuse.	
— presque toujours direct. — Marche plus rapide. Dès le début, œdème des paupières et de la conjonctive; se montre souvent dans le cours d'une autre affection locale ou générale.	OEdème du tissu cellulo-graisseux.	
— le plus souvent indirect. — En supposant la tumeur accessible au toucher, elle présente une consistance plus ou moins molle, mais non osseuse. — Tumeur non pulsative, irréductible par la pression, surface égale, lisse, à toutes les périodes de son développement. — Fluctuation. — Succède à une phlegmasie aiguë; marche rapide.	Abcès aigu.	
— … Fluctuation. — Liée à une lésion chronique du système osseux ou des parties voisines; coloration et aminciss. de la peau.	Abcès chronique.	S'ils sont profonds et sous-périostiques, le diagnostic peut en être très-difficile.
— … Fluctuation. — Marche lente; se montre sans cause apparente et dans l'état de santé; pas de changement dans la coloration de la peau.	Kystes.	La fluctuation est souvent difficile à percevoir; quelquefois multiples; ils ont été pris pour un cancer. La ponction exploratrice doit toujours confirmer le diagnostic.
— … Pas de fluctuation ou fausse fluctuation. — Tumeur bien limitée, molle, pâteuse, fuyant sous le doigt; marche très-lente.	Lipome.	Très-rare.
— … Pas de fluctuation ou fausse fluctuation. — Tumeur occupant la région de la glande lacrymale, fixe, mais assez molle, située au-dessus du releveur de la paupière quelquefois bosselée.	Hypertrophie de la glande lacrymale.	Rare.
— … Pas de fluctuation ou fausse fluctuation. — Tumeur lisse, mais très-consist., plus ou moins fixe.	Tumeur fibreuse.	Rare.
— … Tumeur non pulsative, irréductible par la pression, surface inégale, bosselée, du moins arrivée à une certaine période de son développem.; quelquefois signes de cachexie. — A présenté à son début une cert. mobilité; marche lente, reste quelquefois stationnaire; changements dans sa consistance, quelquefois accroiss. rapide; à une certaine période, invasion de la peau, ulcérat.	Squirrhe ou encéphaloïde.	Le squirrhe présente quelquefois une dureté osseuse; dans un cas, sa transparence le fit prendre pour un kyste (Dupuytren). Dans les cas de fausse fluctuation, ponction exploratrice; quelquefois pulsations (Lenoir).
— … surface inégale, bosselée … — Marche assez rapide, aspect fongueux, bourgeonn.	Fongus hématode.	
— … surface inégale, bosselée … — Fixée dès le début aux parois, acquiert un grand volume, envahit les parties voisines.	Ostéosarcome.	Présente quelquefois des points osseux à côté de points plus mous.
— … Tumeur non pulsative, réductible à la pression, se reproduit aussitôt qu'on suspende celle-ci.	Tumeur érectile veineuse.	Envahit quelquefois les téguments.
— … présente des pulsations et des bruits vasculaires de soufflet, de sifflement, de susurrus, etc. Ces phénom. sont suspendus par la compr. de la carotide corresp. — Se produit lentement et sans cause apparente · marche lente, rarement un grand volume.	Anévrysme non traumat. ou tumeur érectile artér.	Très-rares.
— … présente des pulsations … — Survient après une contusion, une chute, une blessure de l'orbite; se manifeste queque temps après.	Anévrysme traumatique.	Le bruit de souffle à double courant pourrait faire soupçonner un anévrysme artérioso-veineux.
— Consistance osseuse de la tumeur. — Surface égale, régulière; se montre surtout à la partie antérieure de l'orbite. — Se lie à la syphilis constitutionnelle; douleurs ostéocopes.	Exostose ou périostose syphilitique.	L'administration rapide de l'iodure de potassium et des mercuriaux confirme le diagnostic.
— Consistance osseuse de la tumeur. — Surface égale, régulière … — Point d'accidents syphilitiques, point de douleurs ostéocopes.	Exostose ou périostose de toute autre nature.	Souvent liées aux signes d'une affection générale (scrofule).
— Consistance osseuse de la tumeur. — Surface inégale, mamelonnée; semble souvent partir du fond de l'orbite ou des sutures articulaires; peut succéder à une carie, à une blessure des os.	Ostéophyte.	

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES

Physique. — Des leviers ; application à la physique animale.

Chimie. — De l'isomorphisme, de l'isomérie et du polymorphisme.

Pharmacologie. — Qu'elle est la composition des sucs végétaux? Quels sont les procédés les plus souvent employés pour les extraire, les clarifier, les conserver? Qu'entend-on par des sucs extractifs, acides, sucrés, huileux, résineux et laiteux? Quelles sont les formes sous lesquelles on les emploie en médecine?

Histoire naturelle. — Étude comparée du sang, du lait, de l'urine et de la bile dans la série animale ; procédés suivis pour analyser ces liquides.

Anatomie et histologie normales. — Structure et développement des os.

Physiologie. — Du sperme.

Pathologie interne. — Des complications de la rougeole.

Pathologie externe. — Anatomie pathologique des anévrysmes.

Pathologie générale. — Des constitutions médicales

Anatomie pathologique. — Des kystes.

Accouchements. — Du bassin à l'état osseux.

Thérapeutique. — Des sources principales auxquelles se puisent les indications thérapeutiques.

Médecine opératoire. — Procédés de réduction des luxations de l'épaule.

Médecine légale. — Exposer les différents modes d'extraction et de séparation des matières organiques pour la recherche des poisons.

Hygiène. — Du tempérament.

Vu, bon à imprimer.

LAUGIER, Président.

Permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.